

**DIE BEHANDLUNG VON
ALKOHOL - UND TABLETTENABHÄNGIGEN IN
EINER SECHSWÖCHIGEN ENTWÖHNUNGSTHERAPIE -
KATAMNESTISCHE ERGEBNISSE**

ERWIN BRUCKER

1988

Disbui. München

1988





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554816_0044

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

DIE BEHANDLUNG VON ALKOHOL- UND TABLETTENABHÄNGIGEN IN
EINER SECHSWÖCHIGEN ENTWÖHNUNGSTHERAPIE -
KATAMNESTISCHE ERGEBNISSE

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Erwin Brucker
aus Tirschenreuth

Jahr

1988

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der
Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. M. Fichter

Mitberichterstatter: 1. Prof. Dr. H. Hippus

2. Prof. Dr. W. Köpcke

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Juni 1988

Meinen Eltern

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren. Zuerst bei den Patienten, ohne deren Bereitschaft diese Untersuchung nicht zustandegekommen wäre. Dann bei meinem Doktorvater Priv.-Doz. Dr. M.M. Fichter für die Unterstützung, ohne den diese Arbeit nicht durchführbar gewesen wäre, und bei Prof.Dr. Hippius, der uns bei der Ablochung all unserer Daten auf Magnetbänder finanziell unterstützte. Mein besonderer Dank gebührt meinem Doktorandenkollegen und Freund Herrn Kupatt, der mit mir 8 Jahre die Arbeiten gemeinsam durchgeführt hat, angefangen von den Interviews bis hin zur Datenauswertung und Absprechung der Auswertung. Bedanken möchte ich mich bei der Station, den Ärzten, Psychologen, hier v.a. der Diplompsychologin F. Postpischil, und dem Pflegepersonal für die stets freundliche Aufnahme und bereitwillige Hilfe. Bedanken möchte ich mich bei den Dipl.psych. Witzke, Frick und Dr. Rehm für die statistische Beratung, bei Herrn Frick für das Korrekturlesen der Arbeit, bei den Sekretärinnen Frau Eiberger und Frau Weisenbacher für die notwendige Unterstützung und bei dem Leibniz-Rechenzentrum der TU München, an dem meine Arbeit gerechnet habe. Mein Dank gilt auch Herrn Dipl.psych. Dr. Küfner, dem Leiter der Studie des Max-Planck-Institutes, mit dem stets ein unkompliziertes Zusammenarbeiten möglich war.

DIE BEHANDLUNG VON ALKOHOL- UND TABLETTENABHÄNGIGEN IN EINER SECHSWÖCHIGEN ENTWÖHNUNGSTHERAPIE - KATAMNESTISCHE ERGEBNISSE

0.	Zusammenfassung.....	1
1.	Einleitung.....	11
1.1	Definition, soziologische Relevanz und Epidemiologie des Alkoholismus - die Studie des Max-Planck-Instituts (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986).....	11
1.1.1	Das Alkoholproblem - Mißbrauch und Abhängigkeit.....	11
1.1.2	Alkoholismus - medizinisches oder soziologisches Problem.....	15
1.1.3	Epidemiologie des Alkoholismus.....	17
1.1.4	Die Studie des Max-Planck-Instituts (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ 1986).....	19
1.2	Stand der Forschung.....	20
1.2.1	Schwierigkeiten beim Vergleich ver- schiedener Katamnesen - Selektionsfak- toren, unterschiedliche Validitätssi- cherung.....	20
1.2.2	Spontanremissionen.....	23
1.2.3	Katamnestische Ergebnisse.....	26
1.2.3.1	Ergebnisse der Studie des Max-Planck- Instituts (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ 1986).....	26

1.2.3.2	Ergebnisse von FICHTER, MAY u. POSTPI- SCHIL (1983) - ein Jahr danach - erste Ergebnisse über unsere Patienten.....	28
1.2.3.3	Andere Studien.....	29
1.2.4	Einfluß der Behandlung auf die Absti- nenz.....	32
1.2.5	Unterschiede im Trinkverhalten zwischen Männern und Frauen.....	35
1.2.6	Gefährlichster Rückfallzeitraum.....	37
1.2.7	Prädiktoren.....	37
2.	Methodik.....	41
2.1	Ziele der Untersuchung.....	41
2.2	Behandlungskonzeption.....	45
2.3	Das stationäre Therapieprogramm.....	47
2.4	Durchführung der Untersuchung.....	49
2.5	Untersuchungsinstrument.....	52
2.6	Validität und Auswertungsstrategie.....	60
3.	Ergebnisse.....	63
3.1	Bestimmung der Diagnosegruppierung "Alkoholiker nach DSM III ohne Vorliegen weiterer Sucht-, bzw. Aus- schlußdiagnosen".....	63
3.2	Soziodemographische Merkmale der Patientengruppe.....	66
3.3	Suchtanamnese - Angaben zum Therapie- verlauf.....	75
3.4	Erreichbarkeit der Patienten zu den verschiedenen Katamnesezeitpunkten.....	86
3.5	Rückfallgeschehen im Verlauf von eineinhalb Jahren.....	93

3.5.1	Ausführliche Rückfallklassifikation.....	93
3.5.2	Ausführlicher Rückfallspiegel zu den einzelnen Katamnesezeitpunkten.....	95
3.5.3	Vereinfachte Rückfallklassifikation mit "trocken - leicht rückfällig - schwer rückfällig".....	100
3.5.4	Rückfallentwicklung im Verlauf von Halbjahren.....	101
3.5.5	Rückfallerfassung nach Art des Rand- reports (POLICH e.a., 1981).....	103
3.6	Rückfallverhalten.....	106
3.7	Inanspruchnahme.....	117
3.7.1	Besuch von Gruppen.....	117
3.7.2	Besuch von Einzelgesprächen.....	122
3.7.3	Klinische Inanspruchnahmen.....	124
3.8	Prädiktoren.....	127
3.8.1	Methodik.....	127
3.8.2	Prädiktorenvortestung.....	129
3.8.3	Testung der gegenseitigen Beeinflussung der Prädiktoren im loglinearen Modell.....	136
4.	Diskussion.....	141
4.1	Soziodemographische Merkmale.....	142
4.2	Suchtanamnese.....	143
4.3	Katamnese-situation und Rückfallstatus.....	144
4.4	Rückfallstatus.....	145
4.4.1	Vergleich zu EMRICK'S literaturstudie.....	145
4.4.2	Vergleich zur Studie des Max-Planck- Instituts (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986).....	145
4.4.3	Vergleich zu anderen deutschsprachigen Arbeiten.....	150



4.4.4	Vergleich zum Randreport (POLICH e.a., 1981).....	151
4.5	Kritischer Rückfallzeitraum.....	154
4.6	Selbstheilungen.....	155
4.7	Inanspruchnahme.....	155
4.7.1	Selbsthilfegruppen.....	155
4.7.2	Einzelgespräche.....	156
4.8	Prädiktoren.....	157
5.	Literaturverzeichnis.....	159
6.	Anhang.....	167
6.1	Patienten der anderen Diagnosegruppie- rungen.....	167
6.2	Weitere Befragungen zur ambulanten Nachsorge..	174
6.3	Vergleich: Diagnosen nach DSM III - ICD-9....	176
6.4	Fragebögen.....	178
6.4.1	Zur Anamnese.....	178
6.4.1.1	SOZDAT-A.....	178
6.4.1.2	DOK-A.....	180
6.4.1.3	DOK-ERG.....	187
6.4.1.4	TAB-ERG.....	190
6.4.2	DOK-E (Verhalten auf Therapie).....	194
6.4.3	Erfassungsmanual für Alkoholrückfall und Inanspruchnahme im Katamnesezeitraum.....	197
7.	Lebenslauf.....	199

0. ZUSAMMENFASSUNG

Die ersten 88 Suchtpatienten (dominierende Diagnose: Alkoholabhängigkeit nach ICD-9) einer 6 Wochen dauernden Entwöhnungstherapie in der Psychiatrischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München wurden zu Therapiebeginn, zu Therapieende, 6 Wochen, ein halbes Jahr und anderthalb Jahre nach Therapieende über ihre Sucht, ihr Befinden (Selbstbeurteilungsfragebögen) und zu soziodemographischen Daten befragt. Eingebunden war diese Untersuchung in eine Verbundstudie des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München über Alkoholabhängige, bei der es um die Fragestellung ging: "Welche Behandlungsmaßnahmen führen bei welchen Patienten zu welchen Behandlungsergebnissen?" (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHRSCHÜTZ, 1986).

Getestet wurden folgende Thesen:

1. Ist die Abstinenzquote unserer Patienten mit den in der Literatur (EMRICK, 1975, POKORNY e.a., 1968) vorgegebenen Angaben, bzw. mit den Ergebnissen der Studie des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) vereinbar?

2. Bestehen Unterschiede im Rückfallverhalten zwischen Männern und Frauen (KALLERT u. LUNGERSHAUSEN, 1987, FEUERLEIN, 1984)?

3. Sind die ersten Monate nach Therapieende der gefährlichste Rückfallzeitraum? (MATAKAS e.a., 1977, KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986)

4. Sind Patienten, die schwieriger zu erreichen sind, eher rückfällig (MOOS, BLISS, 1978)?

5. Welchen Einfluß hat die Inanspruchnahme von Einzelgesprächen oder der Besuch von Selbsthilfegruppen auf die Abstinenz?

6. Lassen sich Prädiktoren für eine etwaige Abstinenz finden?

Zusätzlich wurde untersucht, wie praktikabel eine Rückfallklassifikation ist, die in Anlehnung an den RANDREPORT (1981) nicht nur "Räuschtrinken" breiter erfaßt (Auftreten von "Filmrissen, Kontrollverlust, Auslassen von Mahlzeiten, durchgehendes Trinken von mehr als 12 Stunden, Händezittern und morgendlicher Suchtbeginn"), sondern zusätzlich auf das Auftreten von sozialen Konsequenzen im Rückfallzeitraum Bezug nimmt, wie z.B. "Fernbleiben von der Arbeit, Fahren im angetrunkenen Zustand, ein Arzt rät wegen eines Leberschadens, mit dem Trinken aufzuhören, Scheidung wegen Alkoholismus, etc.".

Die Hypothesen wurden getestet an 64, nach DSM III abhängigen Alkoholikern. Eine weitere Suchtdiagnose, bzw. eine Ausschlußdiagnose (Intelligenzquotient kleiner als 80 nach HAWIE, Diagnose aus dem Bereich "Schizophrenie" nach DSM III) durfte nicht vorliegen. Im Gegensatz zur Studie des Max-Planck-Institut (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) wurde die Diagnosenklassifikation nach DSM-III gewählt, da die Interraterreliabilität der ICD-9 Diagnosen, wie in der Studie des Max-Planck-Instituts beschrieben, nicht besonders groß ist. Auch ist die Diagnosenklassifikation nach DSM III restriktiver (BOYD e.a., 1983). Es wurde somit versucht, eine homogene Patientengruppe zu schaffen, um zum einen eine Verfälschung der Ergebnisse durch heterogene Diagnosegruppierungen zu verhindern, zum anderen sollte eine gute Vergleichbarkeit zu anderen Studien hergestellt werden, die auf den gleichen Aufnahmekriterien für eine Auswertung fußen. Auch Therapieabbrecher wurden in die Auswertung mitaufgenommen (1 männlicher Patient, der aus disziplinarischen Gründen entlassen wurde).

Die Ausschöpfungsquote der Interviews betrug bei der 18-Monats-Katamnese noch 80 %. Sie erhöht sich auf 81 %, wenn man den Patienten, der im 15. Monat des Katamnesezeitraumes verstarb, von der Menge der erreichbaren Patienten abzieht (in den Auswertungen wurde dieser Patient als "trocken" gewertet). Ergebnisse, ob ein Patient trocken, leicht rückfällig (Trinken ohne Symptome und Konsequenzen) oder schwer rückfällig (Trinken mit Symptomen oder Konsequenzen) war, liegen über alle 64 Patienten vor.

Nach der ausführlichen Rückfallklassifikation waren nach 18 Monaten noch 34 % (22) der Patienten trocken. 11 % (7) hatten ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen getrunken, davon 6 % (4) eine höhere Trinkmenge, d.h. mehr als 30 g Alkohol pro Trinktag bei den Frauen, bzw. 60 g bei den Männern, und 5 % (3) hatten eine niedrigere Trinkmenge getrunken, d.h. stets weniger als die zuvor angegebenen Alkoholmengen. Bei 5 % (3) der Patienten war es nur zum Trinken mit Symptomen gekommen, 2 % (1) tranken ohne Auftreten von Symptomen, aber mit Auftreten von Konsequenzen, und bei 42 % (27) waren Symptome und Konsequenzen im Katamnesezeitraum aufgetreten. Keine ausreichend genauen Informationen liegen bei 5 % (3) der Patienten vor.

Nach einer vereinfachten Rückfallklassifikation waren 34 % (22) trocken, 11 % (7) leicht rückfällig, d.h. ohne Auftreten von Symptomen und Konsequenzen, und 55 % (35) waren schwer rückfällig (mit Auftreten von Symptomen, Konsequenzen).

5 verschiedene Konsequenzen wurden unterschieden:

- gesundheitliche Konsequenzen (ein Suizidversuch während einer Rückfallperiode, ein Arzt rät wegen eines Leberschadens an, mit dem Trinken aufzuhören)
- durch Alkohol bedingte Aggressionen im sozialen Umfeld (Streit, Raufereien)
- Vernachlässigung der Arbeit

- Gesetzesübertretungen wie Fahren im angetrunkenen Zustand, Widerstand gegen die Staatsgewalt
- "Soziale Konsequenzen" wie Entmündigung, Pflegschaft, Scheidung wegen Alkoholismus, Absinken ins Stadtstreicher milieu)

1. Vergleich unserer 6-Monats-Katamnese mit anderen Studien

EMRICK (1974) fand, daß im Schnitt bei den von ihm ausgewerteten Katamnesen 31.9 % aller Patienten trocken und 43.4 % trocken oder ohne Rauschtrinken rückfällig waren. In unserer Studie waren 34 % (22) trocken, und bei 47 % (30) war noch kein Rauschtrinken aufgetreten. Dies ist mit den Zahlen von EMRICK (1974) gut vereinbar. Im Vergleich zu den Kurzzeittherapien der Verbundstudie des Max-Planck-Institutes schneidet die Therapie in der Nervenlinik der Universität München jedoch schlechter ab. In den Kurzzeittherapien, die an der Studie des Max-Planck-Instituts beteiligt waren (Therapiedauer 6 - 8 Wochen), blieben 16 % mehr trocken, d.h. 50.5 %. Ein exakter Vergleich ist allerdings dadurch eingeschränkt, daß in der Studie des Max-Planck-Instituts die Diagnosen nach ICD-Kriterien erstellt wurden, und auch Patienten mit anderen Suchtdiagnosen ausgewertet wurden, sofern die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stand.

Nach dem Randreport (POLICH e.a., 1981) und WIESER (1972) sind Prognosefaktoren wichtiger für eine eventuelle Abstinenz als Behandlungsmethoden.

Aus folgenden Gegebenheiten ziehe ich den Schluß, daß es in der Nervenklinik zur Selektion eines prognostisch ungünstigen Patientengutes kam:

1. In unserer Therapie kamen 81 % (30) der männlichen Patienten aus der Großstadt, in der Studie des Max-Planck-Instituts nur 32 %.

Das Großstadtmilieu wurde in der Studie des Max-Planck-Instituts bei Männern als prognostisch ungünstiger Prognosefaktor beschrieben.

2. Unsere Therapie war noch nicht lange bekannt, es bestand somit keine Erfahrung bei den einweisenden Institutionen, welcher Patient für uns geeignet sein könnte.

3. Für unsere Patienten bestand keine lange Wartezeit. So konnten weder die Therapeuten "günstige" Patienten auswählen, noch konnten "ungünstige" Patienten abspringen.

Nach MILLER e.a. (1969) sind Punkt 2 und 3 wichtige Faktoren, die zu einer Selektion des Patientengutes führen.

Auch aus der Tatsache, daß alle Patienten, die nachfolgend eine längere Entwöhnung besuchten, in kurzer Zeit schwerst rückfällig wurden, ziehe ich den Schluß, daß unser Patientengut eine schlechtere Prognose bot.

2. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei soziodemographischen Daten und im Rückfallverhalten

Frauen schienen mehr zu den gesellschaftlichen Oberschichten orientiert zu sein. Das Ergebnis war jedoch nicht signifikant. Ansonsten tranken die Frauen signifikant weniger als die Männer, tranken signifikant häufiger zuhause und wiesen signifikant häufiger Suizidversuche auf (Daten aus der Anamnese). Im Katamnesezeitraum hatten die Frauen weniger Trinktage, einen prozentual geringeren Anteil von Trinktagen mit Symptomen an der Gesamtzahl der Trinktage (beides allerdings nicht signifikant) und eine signifikant geringere Anzahl an Symptomen. Frauen waren mit 74 % (20) häufiger rückfällig als die Männer mit 60 % (22), allerdings war das Ergebnis nicht signifikant. Der relativ hohe Frauenanteil von 42 % (27) ist durch die Räumlichkeiten auf Station bedingt.

3. Gefährlichster Rückfallzeitraum

In den ersten 10 Wochen nach Therapieende wurden 62 % aller rückfälligen Patienten rückfällig. Dies entspricht den Veröffentlichungen der Studie des Max-Planck-Instituts oder denen von MATAKAS e.a. (1977).

4. Rückfallstatus und Erreichbarkeit

Wie von MOOS und BLISS (1977) beschrieben, waren Patienten, die schlechter zu erreichen waren, signifikant häufiger rückfällig.

5. Einfluß von Inanspruchnahme auf das Rückfallverhalten

Weder die durchschnittliche Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen noch die von Einzelgesprächen zeigte einen Einfluß auf das Rückfallverhalten. Nach Therapieende hatten 9 Patienten mindestens zehnmal zumeist wöchentliche Einzelgesprächstermine erhalten. Um auszuschließen, daß sich ein Effekt erst nach einer gewissen Therapie nachweisen läßt, wurden diese Patienten getrennt untersucht. Von diesen wurden 6 noch während, bzw. kurz nach Gesprächen rückfällig. Damit blieben 33 % (3) trocken, was dem Schnitt bei unserer Therapie entspricht. Dies läßt sich mit den Ergebnissen des Randreports (POLICH e.a., 1981) oder denen von EDWARDS e.a. (1977) vereinbaren. Allerdings besteht die Möglichkeit, daß vermehrt prognostisch ungünstige Patienten Einzelgespräche in Anspruch nahmen (Patienten mit Vortherapieerfahrung hatten im Schnitt signifikant mehr Einzelgespräche).

6. Prädiktoren

Eine besonders schlechte Prognose zeigten Frauen mit einer durchschnittlichen Trinkmenge von mehr als 130 g am Tag. Hier waren alle rückfällig. Eine gute Prognose boten Patienten ohne Vortherapie und höchstens einer Konsequenz in der Vorgeschichte (Pflegschaft, Entmündigung, Verwahrung, Arbeitsplatzverlust wegen Alkohols, Führerscheinentzug, Disziplinarstrafe, Suizidversuche, Scheidung wegen Alkohols, etc.).

Gesondert ausgewertete Patienten

Alle 4 Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Politoxikomanie waren schwerst rückfällig (4 Frauen). Von den beiden Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit und Tablettenabhängigkeit war eine rückfällig und eine trocken. Alkoholabhängigkeit und Tablettenmißbrauch lag bei 4 Frauen und 3 Männern vor. Nur 2 Männer blieben trocken. Von den 6 Patienten mit der alleinigen Diagnose Alkoholmißbrauch (4 Frauen, 2 Männer) waren 4 rückfällig. Eine Patientin blieb trocken, eine Patientin wurde nicht erreicht. Ausschließlich von Tabletten abhängig waren 1 Mann und 3 Frauen. Hier waren 2 Frauen rückfällig. Die Frau mit der Ausschußdiagnose "schizoaffektive Psychose" war rückfällig.

Für weitere 55 Patienten liegen die Ergebnisse zur Befragung nach der ambulanten Nachsorge vor.

Vergleich Diagnosen nach DSM III - Diagnosen nach ICD-9

Insgesamt waren 132 Patienten nach der Diagnosenklassifikation ICD-9 und 123 Patienten nach DSM III als "alkoholabhängig" eingestuft worden. Berücksichtigt man nur die Patienten ohne weitere Suchtdiagnose, so waren 113 nach ICD-9 und 105 nach DSM III abhängig. Die Übereinstimmung beträgt jeweils 93 %.

1. EINLEITUNG

1.1 DEFINITION, SOZIOLOGISCHE RELEVANZ UND EPIDEMIOLOGIE DES ALKOHOLISMUS - DIE VERBUNDSTUDIE DES MAX-PLANCK- INSTITUTES

1.1.1 Das Alkoholproblem - Mißbrauch und Abhängigkeit

In den letzten Jahrzehnten rückte das Alkoholproblem in das Interesse der Wissenschaft. Untersuchungen, an denen mehr als 1000 Patienten teilnahmen, wurden vor allem in den USA durchgeführt und mit Hilfe von Großrechnern ausgewertet. Dort wurde auch der Alkoholbegriff zum ersten Mal definiert. Unterschieden wird meist zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit.

FEUERLEIN (1984) versteht unter Mißbrauch den gegenüber den "jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhten Konsum von Alkohol", wobei die gesellschaftlich tolerierte Menge von der jeweiligen Situation abhängt, also ob im Straßenverkehr oder in der Gastwirtschaft. Auch auf die physische

und psychische Konstitution des Menschen kommt es an.

Bei der "Abhängigkeit" wird meistens die physische von der psychischen getrennt. EDDY e.a. (1965) verstehen unter psychischer Abhängigkeit "das unwiderstehliche Verlangen nach weiterem Konsum zur Erzeugung von Lust, bzw. zur Vermeidung von Mißbehagen", während die physische Abhängigkeit durch das Auftreten spezieller somatischer Symptome gekennzeichnet ist

JELLINEK (1960) legte auf der Grundlage von physischer und psychischer Abhängigkeit 5 Alkoholikertypen fest. Der Alpha-Trinker ist nur psychisch abhängig, er ist ein reiner Konflikttrinker. Der Beta-Alkoholiker ist der auch in unserer Gesellschaft häufig vorkommende Wochenendtrinker, der von seiner Umwelt zum Trinken verleitet wird. Er ist weder physisch noch psychisch abhängig. Der Gamma-Alkoholiker ist derjenige, der in unseren Kliniken vertreten ist. Er ist auf der Grundlage einer psychischen Abhängigkeit auch physisch abhängig geworden. Der Delta-Alkoholiker ist vorwiegend physisch abhängig. Er wird als Gewohnheitstrinker bezeichnet und findet sich vor allem in Alkoholberufen (FEUERLEIN, 1984). Der später noch ergänzte Epsilon-Alkoholiker zeichnet sich durch schwereres episodisches Trinken aus. JELLINEK (1960) versteht unter Alkoholismus "jeglichen Gebrauch alkoholischer Getränke, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden einen Schaden zufügt."

Auch die neueren Klassifikationsmanuale wie das "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder" (DSM III, 1980) nehmen Bezug auf Mißbrauch und Abhängigkeit. Bei "Mißbrauch" nach DSM III müssen entweder "Merkmale pathologischen Alkoholkonsums" oder ein "Nachlassen der sozialen oder beruflichen Anpassung" vorliegen. Es besteht ein "Bedürfnis nach täglicher Alkoholzufuhr, um ausreichende Leistungen zu erbringen, Unfähigkeit, das Trinken zu reduzieren oder damit aufzuhören." Wiederholte Bemühungen, durch Wechsel der Gewohnheiten Kontrolle über das Trinken zu erreichen, werden unternommen. Alkohol wird trotz bestehender schwerer somatischer Krankheit eingenommen. Trinktouren oder "blackouts" kommen vor. Mit dem "Nachlassen der sozialen oder beruflichen Anpassung" sind Gewalttätigkeiten im Rausch gemeint, das alkoholbedingte Fernbleiben von der Arbeit, strafrechtliche Schwierigkeiten oder Streitigkeiten mit der Familie oder Freunden. Als Dauer der Beeinträchtigung wird mindestens ein Monat verlangt. Bei "Abhängigkeit" nach DSM III ist zusätzlich zu oben beschriebenen sozialen oder gesundheitlichen Konsequenzen das Auftreten von Entzugssymptomen, die durch Alkoholgenuß behoben werden, oder das Auftreten von Toleranzsteigerung notwendig. Unter "Toleranzsteigerung" wird das Bedürfnis nach deutlich zunehmenden Alkoholmengen verstanden, um die erwünschte Wirkung zu erreichen. Als alkoholspezifische Entzugerscheinungen werden ein "grober Tremor der Hände, der Zunge, vegetative Hypertonie, orthostatische Hypotonie" und "depressive Verstimmung und Reizbarkeit" verstanden. Falls sich kein Entzugsdelir entwickelt, wird ein Abklingen der Erscheinungen binnen fünf bis sieben Tagen gefordert. Auf andere körperliche oder psychische Störungen dürfen die Symptome nicht

zurückzuführen sein.

Eine Unterscheidung nach "Abhängigkeit" und "Mißbrauch" findet sich auch in der von der WHO empfohlenen "International Classification of Diseases" (1979, 9. Revision), allerdings mit Betonung der psychischen Komponente. Wichtigstes Merkmal des Alkoholikers sei der Drang, "ständig oder periodisch Alkohol zu sich zu nehmen, um dessen psychischen Effekt zu erleben. Manchmal soll damit auch das Mißbehagen bei fehlendem Alkoholgenuß vermieden werden. Toleranz kann vorliegen oder nicht."

Alkoholmißbrauch wird nach ICD-9 nicht definiert, nur damit in Verbindung stehende Begriffe werden aufgezählt, wie "akute Alkoholintoxikation oder Kater, nicht näher bezeichnete Trunkenheit" oder "nicht näher bezeichnete Trunksucht." Auf die besonderen Verhältnisse beim Alkohol als Bestandteil von zahlreichen, in unserem Kulturkreis allgemein üblichen durstlöschenden Getränken, wird nicht eingegangen. Auch kann Alkohol als "Genußmittel, ja sogar als Nahrungsmittel angesehen" (FEUERLEIN, 1984) werden.

Einen anderen Zugang zur Definition des Alkoholismus unternahm FEIGHNER (1972). Er definierte vier Bereiche, von denen er annahm, daß sie für einen Alkoholiker typisch seien: die Entstehung körperlicher Folgeschäden, die Entwicklung besonderer Trinkmuster, Verwicklung in Gesetzeskonflikte und typische Spannungen im familiären

und privaten Umfeld, bzw., der Proband hat von sich selbst die Meinung, er trinke zuviel. Für die Diagnose "Alkoholabhängigkeit" müssen zumindest aus 3 Bereichen Symptome vorliegen.

Nicht zuletzt wegen dieser schwierigen begrifflichen Abgrenzung wurde erst 1968 durch den Bundesgerichtshof "Alkoholismus" als Krankheit versicherungsrechtlich anerkannt.

1.1.2 Alkoholismus - medizinisches oder soziologisches Problem

Nach STEIN (1985) "steht jedoch zu bezweifeln, ob man den Alkoholikern mit dieser Definition einen Dienst erwiesen hat und ob die Bekämpfung des Alkoholismus dadurch verstärkt oder beschleunigt wird."

Sicher ist jedoch, daß erst das Krankheitskonzept "den Patienten und seine Familie von der Last der Schimpf und Schande" befreite und erst so eine "Erforschung des Alkoholismus" ermöglicht wurde (VILLIEZ, REICHELT-NAUSCEF, 1986).

Allerdings darf das Problem "Alkoholismus" nicht nur als medizinisches, sprich individuelles Problem gesehen

werden, sondern als Problem des gesamten sozialen Umfeldes. So besteht die Möglichkeit, daß in einer Familie die Mitglieder nicht nur Betroffene, sondern auch aktive Mitspieler in der Aufrechterhaltung einer Familiendynamik sind, deren unabdingbarer Bestandteil der Alkoholismus ist. Um VILLIEZ/REICHELT-NAUSCEF (1986) zu zitieren: "Im systemischen Denkmodell kann der Alkoholismus als ein selbstdestruktives, selbstaufopferndes Verhalten eines Familienmitgliedes gesehen werden, das ab einem gewissen Punkt von allen als ein Problem erlebt wird, um das herum sich das Verhaltensmuster der Familie strukturiert. Dieses Verhalten stellt nur in verwirrenderweise sowohl einen Lösungsbeitrag für eine familiäre, zugrundeliegende Problematik als auch ein Problem selbst dar."

Alkoholismus ist aber auch ein gesellschaftliches Problem. Nach FEUERLEIN (1984) konnten neuere soziologische Forschungen (PITTMAN, 1962 und 1964) bestätigen, "daß in den Kulturen, in denen ein hoher Grad von Verantwortung, Unabhängigkeit und Leistung gefordert wird und Abhängigkeitsbedürfnisse bestraft werden (wie im puritanistisch-calvinistischen Kulturkreis) eine Neigung zu häufigerer Trunkenheit oder zu hohem Alkoholkonsum besteht". BALES (1946) unterscheidet 3 verschiedene Einstellungen zum Alkoholkonsum in den unterschiedlichen Gesellschaftsformen:

- rituelles Trinken: Einbettung des Alkoholkonsums in ein Ritual. Es finden sich wenig Alkoholiker
- konviviales Trinken: Trinken v.a. zu Mahlzeiten, Alkoholismusrate gering
- utilitaristisches Trinken: Alkohol wird zur Spannungsminderung, zur Angstlösung oder zur Machtbefriedigung konsumiert. Hier ist die Alkoholismusrate hoch.

In Deutschland liegt eine Mischform aus konvivialem und utilitaristischem Trinken vor.

STEIN (1985) kritisiert vor allem die ambivalente Einstellung unserer Gesellschaft in Deutschland zum Alkohol. Auf der einen Seite wird gut am Verkauf der alkoholischen Getränke verdient, werden entsprechende Steuern eingenommen, auf der anderen Seite bezahlt man die hohen medizinischen Folgekosten bei den Süchtigen, bzw. nimmt kriminelle Delikte der Betrunkenen in Kauf.

1.1.3 Epidemiologie des Alkoholismus

Erste Schätzungen über die Prävalenz des Alkoholismus versuchte man anhand postmortal festgestellter alkoholischer Leberzirrhosen. Dieses Verfahren konnte natür-

lich nur im Groben befriedigen. Eine erste Untersuchung über das "Trinkverhalten der Deutschen" unternahm WIESER (1972). Er kam zu dem Ergebnis, daß 5 % der Bevölkerung starke und weitere 2 % sehr starke Trinker sind. FEUERLEIN und KÜFNER (1977) werteten eine Studie von Infratest aus und legten die Alkoholismusprävalenz auf im Schnitt 4 % fest, zu 7 % bei Männern und zu 1 % bei Frauen.

TROJAN (1980) sichtete die bis 1980 vorliegenden epidemiologischen Studien über die Prävalenz des Alkoholismus in Deutschland und kam zu folgendem Schluß: "Der Anteil von Alkoholikern und stark Alkoholgefährdeten liegt in der Erwachsenenbevölkerung zwischen 4 % und 7 %. Etwa jeder dritte Alkoholabhängige ist eine Frau, fast jeder 10. ein junger Mensch unter 25 Jahren." FEUERLEIN (1984) beziffert die Alkoholismusprävalenz auf 2-3 %, wobei der Frauenanteil von ca 10 % in konservativen Landstrichen auf bis zu 30 % in deutschen Großstädten anwachsen kann. Bei einer Feldstudie in einer oberbayerischen Gemeinde wurde 1976 eine Alkoholismusprävalenz in der Bevölkerung von 4,6 %, bei der Follow-up Studie eine von 6,8 % gefunden (KELLNAR, 1985). Zugrundegelegt wurden hier ICD-Diagnosen, 8. Revision. In drei großen amerikanischen Feldstudien, bei denen Daten aus 3000 Haushalten gesammelt wurden, ergab sich bei der 6-Monatsprävalenz für 5 % aller Befragten eine Alkoholdiagnose nach DSM III, für weitere 2 % eine andere Suchtdiagnose (MYERS e.a., 1984). Die "Lifetimeprevalence" schwankte um 13 % für Alkoholabhängigkeit und Alkoholmißbrauch, und um 6 % für sonstige Suchtkrankheiten (ROBINS e.a., 1984).

Geimeinsam ist allen epidemiologischen Studien, daß die Alkoholismusprävalenz im Schnitt auf ca. 6 % festgelegt wurde, abhängig von der zugrundegelegten Alkoholismusdefinition und der untersuchten Bevölkerung, d.h. ob z.B. in Großstädten oder auf dem Land die Untersuchung durchgeführt wurde. Männer stellten im Vergleich zu den Frauen stets die Mehrheit dar.

1.1.4 Die Verbundstudie des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986)

1981 wurde vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie eine größere Studie im deutschsprachigen Raum begonnen, deren zentrale Frage war: "Welche Therapie ist für welchen Alkoholiker am ehesten geeignet?". 21 Kliniken mit den unterschiedlichsten Therapiekonzepten, mit "tiefenpsychologisch-analytischer Ausrichtung" nach JUNG, ADLER, SCHULTZ-HENCKE oder mit "eklektischer Ausrichtung", d.h. man fühlte sich keiner Therapie besonders verpflichtet, nahmen an dieser Studie teil, u.a. auch die Nervenlinik der Universität München. Herr KUPAIT und ich waren als Doktoranden für die katamnestischen Erhebungen an der Nervenlinik der Universität München verantwortlich. Von besonderem Interesse erschien uns die Erfassung des Rückfallgeschehen und der Veränderungen im sozialen Umfeld. Für dieses Vorhaben entwickelten wir eigene Fragebögen. Unsere Erhebungen dauerten von Januar 1982 bis März 1984.

1.2 STAND DER FORSCHUNG

1.2.1 Schwierigkeiten beim Vergleich verschiedener Katamnesen - Selektionsfaktoren, unterschiedliche Validitätssicherung

Eine Vielzahl von Katamnesen ist in den letzten Jahren veröffentlicht worden, doch ist die Vergleichbarkeit dieser Studien infolge unterschiedlichen Vorgehens eingeschränkt. Nach MILLER e.a. (1970) und POLICH e.a. (1981) beeinflussen folgende Faktoren die Ergebnisse einer Untersuchung:

1. Es ist wichtig, welche "Alkoholismusdefinition" verwendet wird. Nach DSM-Kriterien werden z.B. weniger Patienten als Alkoholiker klassifiziert als nach ICD-Kriterien (BOYD e.a., 1983). Wenn man davon ausgeht, daß die Kriterien nach DSM III im Vergleich zur ICD-Nomenklatur härter sind, findet bereits hier eine Vorselektion zu einem etwas schlechteren Patientengut statt. Bei manchen Studien ist einfach jeder, der sich in Behandlung begibt, ein Alkoholiker.

2. Schon länger bestehende Einrichtungen haben gegenüber neu eröffneten zwei Vorteile. So besteht bei den einweisenden Institutionen schon ein Erfahrungswert, welcher Patient für diese Therapie in Frage kommt. Zum anderen ergibt sich bei genügend langen Warteschlangen die Möglichkeit, einen prognostisch günstigen Alkoholiker auszuwählen.

3. Der Ausschluß von Therapieabbrechern von der Auswertung bringt eine Selektion zu einem "günstigerem" Patientengut.

Wichtig für die Beurteilung einer Studie ist auch, wieviel Patienten erreicht wurden. Nach dem RANDREPORT (POLICH e.a., 1981) wird eine Ausschöpfungsquote von 60 - 70 % als repräsentativ angesehen. Uneinheitlich ist das Vorgehen bei "unbekannten Patienten". PITTMAN und IATE (1969) fanden in einer Nachuntersuchung bei zwölf von dreizehn nicht erreichten Patienten einen schweren Rückfall. Sie empfehlen, nicht erreichte Patienten im Prinzip als rückfällig einzustufen. MOOS und BLISS (1978) raten zu mehr Vorsicht bei der Interpretation von unbekannten Fällen. Zwar fanden auch sie, daß es Patienten, die schwieriger zu erreichen sind, schlechter geht, doch geben sie zu bedenken, daß unter ihren 13 % "Unbekannten" mehr als die Hälfte "Verweigerer" waren, die insgesamt eine günstigere soziale Konstellation aufwiesen.

Ein weiteres wichtigeres Kriterium ist, wie weit Bemühungen um eine Sicherung der Validität der Daten unternommen wurden. Katamneseuntersuchungen sollen zum Beispiel nicht von Klinikangehörigen durchgeführt werden, da Patienten sich bei einem Interview durch bekannte Personen stets in einem besseren Licht zeigen wollen. Weitere Möglichkeiten, die Validität der Daten zu verbessern, bieten die Befragung von Verwandten und Bekannten oder die Bestimmung des Alkoholgehalts in der Ausatemungsluft oder im Blut.

EDWARDS e.a. (1977) stellten bei der Befragung von Ehefrauen von Alkoholikern fest, daß im Hinblick auf die harten Daten wie "Dauer der Abstinenz in Wochen" in Berichten von Ehefrauen und Patienten kein Unterschied bestand. Lediglich die Frage, ob das neuerliche Trinken bereits wieder zu einem Problem geworden wäre, beantworteten die Ehefrauen eher mit "ja" als ihre Männer.

Mit der Entnahme von Blutproben kann man den aktuellen Blutalkoholgehalt feststellen. Aber schon wenige Tage nach einem Rückfall ist der Nachweis nicht mehr möglich. Was die Messung von Werten der Leberserologie betrifft, so ist nach THALER (1982) die "Leberverfettung unter chronischer Alkoholfuhr eine obligate, rasch aufscheinende und unter Alkoholkarenz nach drei bis vier Wochen wieder verschwindende Stoffwechselstörung. Die degenerativen Parenchymveränderungen benötigen zu ihrer Rückbildung einen längeren Zeitraum, nämlich im allgemeinen sechs bis zwölf Wochen. Ein Verschwinden der Mallorykörperchen konnten wir

frühestens nach 36 Tagen, die Rückbildung sämtlicher degenerativer Leberzellveränderungen frühestens nach 42 Tagen feststellen." Auf Grund des bisher Zitierten ist es möglich, daß ein Patient, der nach der RANDREPORT-Rückfallklassifikation in der schwersten Rückfallkategorie ist, also z.B. noch im vierten Monat vor dem Interview schwerst mit Symptomen und sozialen Konsequenzen rückfällig war, bei nachfolgendem "Trockensein" auch durch eine Blutuntersuchung zum Interviewtermin nicht überführt werden kann. Die Validität kann nur durch die Erfassung von Daten auf mehreren Ebenen gesichert werden, wobei einer Ebene allein keine dominierende Rolle zukommt. Wichtige Punkte sind zweifelsohne die Motivation des Patienten für die Studie und der "klinische Blick" des Interviewers.

1.2.2 Spontanremissionen

"Heilungserfolge" müssen stets um die Spontanremissionen relativiert werden. LEMERE (1953) befragte die Angehörigen verstorbener Alkoholiker und stellte fest, daß ca. 11 % aller Alkoholiker mit dem Trinken aufhören, ohne durch eine schwere Krankheit dazu gezwungen zu werden. Von weiteren 10 % hatte er erfahren, daß sie schrittweise gelernt hatten, mit ihrem Problem umzugehen. KENDELL (1965) beschreibt die Lebensläufe von vier Alkoholikern,

die nach schwerstem Konsum zu drei bis acht Jahren kontrolliertem Trinken zurückfanden, ohne eine Behandlung erhalten zu haben. KENDELL und McSTATON (1966) fanden 16 % trockene und 36 % "gebesserte" Patienten unter Alkoholikern, die sich geweigert hatten, eine Therapie in einer Klinik zu besuchen. SMART (1975) hatte aus den bis zum damaligen Zeitpunkt erschienenen Veröffentlichungen gefolgert, daß für wenige Prozent einer ursprünglichen Alkoholikerpopulation Spontanheilungen bestehen. In den siebziger Jahren wurde vor allem von EDWARDS (1974) dieses Thema aufgegriffen. Nach seinen Vorstellungen wechselt das Trinkverhalten des Alkoholikers unter dem Einfluß von äußeren Umständen. Remissionen oder ein Weiterschreiten der Krankheit sind möglich. VAILLANI e.a. (1982) werteten die Daten von 456 männlichen Probanden aus, die im jugendlichen Alter, mit 25, 31 und 47 Jahren ausgiebig auf eine bestehende Alkoholproblematik befragt worden waren. Die Ausschöpfungsquote zum letzten Interview betrug noch 84 %. 120 Männer hatten im Laufe ihres Lebens so große Probleme mit dem Alkohol, daß sie in eine selbstdefinierte Kategorie "Alkoholmißbrauch" eingestuft wurden. 71 dieser 120 erfüllten sogar die Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach DSM III. Vollständige Untersuchungen über den gesamten Katamnesezeitraum lagen von 110 dieser 120 Probanden vor. 11 waren zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben für länger als ein Jahr abstinent gewesen. Weitere 38 waren mindestens für ein Jahr vor dem Interview trocken, davon 21 länger als 3 Jahre. Auf 80 % der Abstinente hatten früher die Kriterien der Abhängigkeit nach DSM III zugetroffen. Klinikaufnahmen waren für das Zustandekommen der "Trockenperioden" unwichtig. Vier der insgesamt 49 Abstinente hatten Psychotherapie erhalten, 2

eine Disulfiramtherapie und 3 weitere waren gerade in einem "Halfway house" untergebracht. Da die gleichen therapeutischen Maßnahmen bei anderen Personen erfolglos waren, obwohl diese auch einmal in ihrem Leben abstinent waren, wird nicht auf deren entscheidenden Einfluß geschlossen. 18 der 49 Abstinenten hatten sich im ersten Jahr den "Anonymen Alkoholikern" angeschlossen, und nur insgesamt 15 hatten therapeutische Hilfe gesucht. Aus den Antworten der Patienten auf die Frage, was sie zu einer Änderung ihrer Lebensweise bewogen habe, kristallisierten sich nach VAILLANT e.a. vier Gründe heraus:

1. Die Verlagerung der Sucht auf eine "Ersatzsucht", wie zum Beispiel "Rauchen" oder "Essen". ✓
2. Das Verspüren eines Drucks von außen, wie die Gefahr beruflicher Konsequenzen oder das ärztliche Alkoholverbot.
3. Der Gewinn neuer Selbstachtung, gefördert durch die "Anonymen Alkoholiker" oder intensive Religiosität.
4. Soziale Rehabilitation, wobei VAILLANT e.a. darunter auch den Beginn neuer Partnerschaften verstehen.

Der Vorteil der "Anonymen Alkoholiker" sei nun der, daß damit alle vier Bereiche abgedeckt werden können. Zudem sei ein Patient in einer Selbsthilfegruppe ein aktives Mitglied, während er in einer Klinik über den "Gaststatus" nicht hinauskomme. Ein weiterer Vorteil der "Anonymen

Alkoholiker" liege auch darin, daß längere Zeiträume abgedeckt werden können.

1.2.3 Katamnestische Ergebnisse

1.2.3.1 Ergebnisse der Studie des Max-Planck-Instituts (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHRSCHÜTZ, 1986)

Im deutschen Sprachraum ist als größere Studie die des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie zu nennen (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHRSCHÜTZ, 1986). 1410 Patienten in 21 stationären Einrichtungen wurden im Hinblick auf die Fragestellung untersucht: Welche Therapie ist für welchen Alkoholiker am besten? 73 % der Stichprobe waren Männer, 27 % Frauen. Es gab vier Erhebungszeitpunkte:

1. Zu Beginn der stationären Behandlung
2. Am Ende der stationären Behandlung
3. Ein halbes Jahr nach Therapieende: 6-Monats-Katamnese
4. Eineinhalb Jahre nach Therapieende: 18-Monats-Katamnese

Nach sechs Monaten waren noch 67 % trocken und weitere 11 % gebessert, d.h. sie tranken entweder kontrolliert oder hatten nur einen einzigen Tag einen Rückfall mit Rauschtrinken. Zur 18-Monats-Katamnese waren noch 53 % der Patienten abstinent. Bezogen auf Behandlungseinrichtungen wiesen Teilnehmer an Langzeittherapien mit 58 % die höchste Abstinenzquote auf, verglichen mit 47 % bei den mittelfristigen und 51 % bei den kurzfristigen Therapien. Vergleicht man die Abstinenzraten von Patienten mit dem gleichen Prognoseindex, so zeigt sich, daß prognostisch ungünstige Männer und Frauen eine langfristige Therapie besuchen sollten. Bei guter Prognose ist bei beiden Geschlechtern eine kurzfristige Therapie angeraten. Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht lediglich in der "mittleren" Prognosegruppe. Hier sollte man Männern eine kurzfristige, Frauen eine mittelfristige Therapie empfehlen.

Aufgenommen in die Auswertung des Max-Planck-Institutes wurden all die Patienten, die alkoholabhängig nach ICD-9 waren und bei denen keine andere Sucht im Vordergrund stand.

1.2.3.2 Ergebnisse von FICHTER, MAY u. POSTPISCHIL (1983)

- Ein Jahr danach - erste Ergebnisse über unsere Patienten

FICHTER, MAY u. POSTPISCHIL (1983) veröffentlichten bereits erste Ergebnisse über unsere Patienten. Hauptaugenmerk wurde in der damaligen Veröffentlichung auf Veränderungen in den Selbstbeurteilungsbögen zwischen Therapieanfang und Therapieende gelegt, bzw. auf die Einschätzung der unterschiedlichen Therapiebestandteile durch die Patienten. Als "Alkoholiker" wurden Patienten definiert, die nach ICD-9 alkoholabhängig waren und bei denen keine andere Suchtdiagnose im Vordergrund stand. Im Unsicherheitsfragebogen (ULLRICH und ULLRICH, 1977) kam es vom Therapiebeginn bis zur Entlassungsuntersuchung zu signifikanten Verbesserungen bei den Hauptfaktoren "Fehlschlagangst" und "Nicht-nein-sagen-Können". Außerdem stellte sich eine Normalisierung beim Faktor "Kontaktangst" ein. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar nach FAHRENBERG e.a. (1973) ergab signifikante Verbesserungen für die Faktoren "Emotionale Labilität", "Erregbarkeit" und "Gehemmtheit". Auch in der Beschwerdenliste nach VON ZERSEN (1976) und im "Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens" (ZIELKE e.a., 1978) zeigten sich signifikante Verbesserungen. Die Angehörigenbetreuung schätzten die Patienten auf sich wie folgt ein: 26,8 % waren der Ansicht, daß sie ihnen viel oder sehr viel weitergeholfen habe, und 58,5 % waren der Ansicht, daß sie ihnen wenig oder nichts gebracht habe. Bei Entlassung hatten später rückfällige Patienten signifikant höhere Werte in der

Beschwerdenliste. Patienten ohne Partner waren rückfallgefährdeter als Patienten mit Partner. Da von der Hälfte der Patienten noch die Ergebnisse zur Befragung eineinhalb Jahre nach Therapieende fehlten, waren Aussagen über Rückfälle nur für ein halbes Jahr nach Therapie möglich.

1.2.3.3 Andere Studien

Eine Übersicht über alle von 1952 bis 1971 erschienenen englischsprachigen Katamnesen liefert EMRICK (1974). Er kam zu dem Ergebnis, daß in allen Studien zum Katamnesezeitpunkt im Schnitt 33 % aller Patienten abstinent geblieben waren. Ein weiteres Drittel ist als gebessert zu betrachten. Nach FEUERLEIN (1984) findet man häufig 25 % Abstinente und 25 % Gebesserte nach einem Jahr. Als Beispiel zitiert er eine Studie von POKORNY e.a. (1968).

Im RANDREPORT (POLICH e.a., 1981) wurden 922 männliche Alkoholiker nach sechs Monaten, nach anderthalb und nach vier Jahren nachuntersucht. Während die Follow-up Rate bei 18 Monaten nur bei 25 % lag, konnte sie zur 4-Jahreskatamnese auf 85 % gesteigert werden. Bei Aufnahme lag der mittlere Alkoholkonsum bei ca. 230 g Äthanol täglich.

57 % der Patienten lebten getrennt oder waren geschieden, nur 40 % hatten eine Arbeit. Zur 4-Jahreskatamnese waren 21 % mehr als ein halbes Jahr vor dem Follow-up trocken. Mehr als ein Jahr waren 7 % der Patienten trocken, wobei dies in etwa dem Prozentsatz gleichkommt, der vier Jahre trocken war. Die im letzten halben Jahr rückfälligen Patienten wurden in fünf Kategorien eingeteilt.

1. "Low Quality" Trinker

Diese Patienten durften kein Rauschtrinken und keine sozialen Konsequenzen aufweisen, die Trinkmenge mußte in der Regel unter 47 g liegen, in Ausnahmefällen drüber, wobei die 71 g Grenze nicht überschritten werden durfte.

2. "High Quality" Trinker

Die durchschnittliche Trinkmenge lag über 71 g. Konsequenzen und Symptome waren noch nicht aufgetreten.

3. "Symptom drinkers"

Genau definierte "Rausch-" oder "Abhängigkeitssymptome" mußten auftreten.

4. Auftreten von "adverse consequences"

Es mußten genau definierte soziale Konsequenzen während einer Rückfallperiode auftreten.

5. Auftreten von "symptoms" und "adverse consequences"

Hier handelt es sich um eine Kombination der Kategorien drei und vier.

12 % fielen in die Gruppe der "symptom drinkers", bei 6 % waren Konsequenzen aufgetreten, und 36 % gehörten in die schwerste Rückfallkategorie.

Unter Zugrundelegung gleicher Definitionen sowohl für die 18-Monats- als auch die Vier-Jahres-Katamnese ergab sich für die Trinker mit Symptomen oder Konsequenzen eine besonders schlechte Prognose. Die Höhe der Trinkmenge bei Nichtauftreten von Symptomen und Konsequenzen schien ohne Bedeutung.

1.2.4 Einfluß der Behandlung auf die Abstinenz

Nur eine leichte Korrelation ergab sich im Randreport (POLICH e.a., 1981) zwischen der Intensität der Betreuung im Verlauf der 4 Jahre und dem Rückfallstatus. Allerdings wurde zugegeben, daß sich durch eine stationäre Behandlung kurzzeitige Verbesserungen ergeben können, die in einer Vierjahreskatamnese, die sich auf einen Zeitraum von einem Jahr vor dem Interview bezieht, nicht erscheinen können. Während der vier Jahre nahmen 28 % der Alkoholiker an einer stationären und 23 % an einer ambulanten Behandlung teil. 71 % hatten mindestens einmal die "Anonymen Alkoholiker" besucht. 18 % der Patienten hatten zum Zeitpunkt der 18-Monatsuntersuchung regelmäßigen Kontakt zu den "Anonymen Alkoholikern", nur 14 % zur 4-Jahres-Katamnese. Regelmäßige Besucher der "Anonymen Alkoholiker" waren am wahrscheinlichsten "trocken", während Patienten, die nie die "Anonymen Alkoholiker" besucht hatten, am ehesten zu kontrolliertem Trinken übergegangen waren. Die schlechteste Prognose hatten diejenigen, die unregelmäßig die "Anonymen Alkoholiker" aufsuchten. Keinen Einfluß auf den Rückfallstatus hatte die Art der Behandlung in den einzelnen Behandlungseinrichtungen. Insbesondere schien es gleich zu sein, ob die Patienten "ambulant" oder "stationär" behandelt wurden. Positiv wirkten sich gelegentliche Besuche von Mitgliedern der Behandlungseinrichtungen bei den Patienten auf den Heilungserfolg aus. Des weiteren wurde veröffentlicht, daß Alkoholiker unter 40 Jahren eine bessere Prognose hatten, wenn sie kontrolliert tranken.

Allerdings durften diese Patienten nicht zu "stark" abhängig sein.

Das Ergebnis des RANDREPORT, daß eine weniger intensive Behandlung auch Erfolge zeigt, stützt eine Veröffentlichung von IMBER (1976), der noch nach einem Jahr signifikante Veränderungen bei minimal behandelten Alkoholikern fand.

Eine kontrollierte Studie unternahmen in diesem Hinblick EDWARDS e.a. (1977). Untersucht wurden 100 verheiratete Männer, von denen die eine Hälfte eine engmaschige Betreuung erhielt, während die andere außer dem Einführungsgespräch, in dem auf die Folgen des Alkoholismus hingewiesen und die Ziele der Untersuchung erklärt wurden, nur daraufhin kontrolliert wurde, ob es noch verantwortbar ist, keine Therapie anzubieten. Alle vier Wochen erkundigten sich Sozialarbeiter bei den Ehefrauen nach dem Befinden der Patienten. Im Falle von Schwierigkeiten wurde bei der Behandlungsgruppe ein Dreiergespräch mit Patient und Frau beim Klinikpsychiater anberaumt. Besonderer Wert wurde in der Behandlungsgruppe auf den Besuch der "Anonymen Alkoholiker" gelegt. Im Falle von größeren Problemen konnten notfalls sogar vereinzelte psychotherapeutische Gespräche oder ein stationärer Aufenthalt angeboten werden. Nach einem Jahr zeigte sich, daß ein besseres Follow-up nicht durch eine intensivere Betreuung gewährleistet war. Auf die Frage, was den Patienten am meisten zur Erlangung von Abstinenz verholfen hatte, gaben in der

"Kontrollgruppe" 54 % Veränderungen im häuslichen Umfeld an. 41 % das Aufnahmegespräch in der Klinik, 37 % eine Veränderung der psychischen Grundstimmung und 31 % eine Verbesserung der partnerschaftlichen Beziehung. In der Behandlungsgruppe gaben nur 27 % der Patienten "Veränderungen im häuslichen oder beruflichen Umfeld" als wichtigen Faktor an. Zu jeweils ca. 30 % wurden das Aufnahmeinterview, die Verbesserung der psychischen Grundstimmung und Veränderungen in der Partnerschaft angeführt. Die "Anonymen Alkoholiker", stationäre Therapie und die aufwendige ambulante Betreuung wurden als weniger wichtig betrachtet. EDWARDS e.a. schränken jedoch ein, daß in der "Kontrollgruppe" vier Patienten von einem engmaschigen Besuch der "Anonymen Alkoholiker" gewinnen konnten. Auch gaben sie zu bedenken, daß in ihrer Studie nur verheiratete Männer waren, die doch eine bessere soziale Stellung aufweisen als z.B. Obdachlose ohne festen Wohnsitz. Eine signifikante Korrelation, daß sich Patienten mit schlechter Anfangsprognose durch eine intensive Behandlung bessern konnten, wurde nicht gefunden.

1.2.5 Unterschiede im Trinkverhalten zwischen Männern und Frauen

Was den Geschlechterunterschied betrifft, so scheint bei Frauen der Alkoholismus in den höheren sozialen Schichten häufiger vorzukommen (FEUERLEIN, 1984). GUNDEL (1972) stellte die Theorie auf, daß dies mit einer "Rollenunterlastung" zusammenhänge, da es sich vorwiegend um wohlhabende Frauen handelt, die ihre Gattenrolle durch Verwitwung oder Scheidung eingebüßt hatten. Auch bei KALLERT und LUNGERSHAUSEN (1987) fanden sich die meisten Frauen aus der oberen, bzw. unteren Mittelschicht. Bei den Männern hingegen scheint der Alkoholismus in den oberen und untersten sozialen Schichten am meisten verbreitet (FEUERLEIN, 1984).

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern scheint für die Letztgeborenen das Risiko erhöht zu sein, Alkoholiker zu werden (BLANE, 1973). Nach KELLNAR (1985) trifft dies bei Männern auch für Einzelkinder zu, allerdings ohne statistische Signifikanz.

Die Tatsache, daß man bei der Typisierung nach JELLINEK (1960) unter den Frauen mehr Gamma-Alkoholiker findet, interpretiert FEUERLEIN (1984) als einen Hinweis auf das Vorliegen größerer intrapsychischer Spannungen. Dafür spricht auch die höhere Rate an Suizidversuchen bei Frauen (KALLERT, 1987).

Dieses "mehr an Suizidversuchen" wird auch von der Studie des Max-Planck-Institutes bestätigt. Des weiteren zeigten sich folgende Unterschiede zwischen Männern und Frauen:

- Männer trinken signifikant mehr Alkohol in g pro Trinktag
- 85 % der Frauen der Stichprobe trinken allein, im Gegensatz zu 26 % der Männer
- 88 % der Frauen trinken bevorzugt zuhause (Männer:36 %)
- Männer haben wesentlich häufiger einen Führerschein-, Arbeitsplatzverlust oder eine Scheidung in der Anamnese
- bei allen Therapiegruppen (kurzfristige, mittelfristige und langfristige Therapien) sind mehr Frauen als Männer schwer rückfällig. Der Unterschied bei den mittelfristigen Therapien ist allerdings nur gering.

Auch nach WANBERG und HORN (1970), bzw. nach KALLERT und LUNGERSHAUSEN (1987) trinken alkoholabhängige Frauen eher daheim und allein. Im Vergleich zu den Männern nehmen sie häufiger destillierte Alkoholika zu sich.

1.2.6. Gefährlichster Rückfallzeitraum

Der gefährlichste Rückfallzeitraum ist gemäß der Studie des Max-Planck-Institutes das erste Vierteljahr. Nach dem 1. Monat sind 37.1 %, nach dem 3. Monat 64.2 % aller Rückfälligen rückfällig. Nach MATAKAS e.a. (1977) geschehen mindestens 80 % der Rückfälle binnen 2 Jahren in den ersten 6 Monaten.

1.2.7 Prädiktoren

MATAKAS e.a. (1977) sichteten die Literatur nach prognostischen Kriterien und erstellte nach "Plausibilitätskriterien" eine Liste von Prädiktoren, die ich aus

"Übersichtlichkeitsgründen" weiter gestrafft habe.
Wichtige Prognosefaktoren sind:

1. hohe soziale Stabilität
2. ein Alter von mehr als 45 Jahren
3. eine mindestens einwöchige Abstinenz vor Aufnahme
4. eine geringe Zahl vorheriger Behandlungen
5. die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Menschen zu erhalten

Auch FEUERLEIN (1984) stellte eine literarische Übersicht zusammen. Er findet eine günstigere Prognose bei Männern, insbesondere wenn sie älter, verheiratet, intelligent und kooperationsbereit sind. Die soziale Stabilität sollte hoch, die Therapiemotivation gut und die zwischenmenschlichen Beziehungen sollten in Ordnung sein. Antisoziales Verhalten besteht nicht, und es liegen auch keine psychopathischen Persönlichkeitszüge vor. Alkoholismusfälle in der Familienvorgeschichte sind nicht vorhanden.

In der Studie des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) erwiesen sich folgende Merkmale bei Männern als prognostisch günstig:

- mit dem Ehepartner zusammen lebend
- Wohnortgröße kleiner als 100 000 Einwohner
- nur eine Arbeitsstelle in den letzten beiden Jahren
- nicht arbeitslos
- Besitz von Wohneigentum
- nicht im Wohnheim lebend, bzw. nicht obdachlos
- kein Arbeitsplatzverlust wegen Alkoholmißbrauch
- keine Suizidversuche
- nicht schon früher in einer Suchtfachklinik behandelt

Bei den Frauen ergaben sich in der Studie des Max-Planck-Instituts diese Prädiktoren:

- höchstens ein Suizidversuch
- reine Alkoholmenge in Gramm pro Woche weniger als 625
- niedrige Werte auf der Skala "Fordern können" im Unsicherheitsfragebogen von ULLRICH und ULLRICH (1977)
- hohe Werte auf der Skala "Anständigkeit" im obigen Unsicherheitsfragebogen
- nicht schon früher in einer Suchtfachklinik behandelt

Nach dem RANDREPORT (POLICH e.a., 1981), in dem nur Männer untersucht wurden, sind günstige Prädiktoren eine "stabile Familienbeziehungen", ein "gesichertes Einkommen" und "ein sicherer Arbeitsplatz". Ungünstig ist es, wenn Patienten schon früher eine Therapie besucht hatten.

Verallgemeinernd kann man sagen, daß eine günstige Prognose bei höherem Alter, hoher sozialer Stabilität, Fehlen von sozialen Konsequenzen und bei keiner Vorbehandlung vorliegt.

2. METHODIK

2.1 ZIELE DER UNTERSUCHUNG

Wie schon erwähnt, konnten mein Kollege Herr KUPATZ und ich auf das Untersuchungsinstrumentarium des Max-Planck-Institutes zurückgreifen. Wir nahmen jedoch einige Ergänzungen, bzw. Änderungen vor. Unser Ziel war es, an einer sorgfältig definierten Population von Alkoholikern unsere Thesen zu testen. Hierzu verwendeten wir nicht die Kriterien nach ICD-9, sondern die nach DSM III, da diese sowohl ausführlicher als auch restriktiver sind (BOYD e.a., 1983). Um keine Mischeffekte zu bekommen, wurden Patienten mit zusätzlichen Suchtdiagnosen, wie z.B. Tablettenmißbrauch oder gar Tablettenabhängigkeit, gesondert ausgewertet. Auch Patienten mit "Ausschlußdiagnosen", d.h. Diagnosen, bei denen eine psychiatrische Grunderkrankung im Vordergrund stand (Schizophrenie nach DSM III, organ. Hirnerkrankung, die zu einem Intelligenzquotienten kleiner als 80 führt), wurden gesondert ausgewertet. Ziel des gesamten Vorgehens war, eine homogene und zu anderen Studien gut vergleichbare Patien-

tenpopulation zu schaffen. Unser zweites Ziel war die Entwicklung einer ausführlichen Rückfallklassifikation, wobei wir uns am Vorbild des RANDREPORT (POLICH e.a., 1981) orientierten. Wir erfaßten das "Rauschtrinken" breiter, indem wir nach dem Auftreten von "Kontrollverlust, Auslassen von Mahlzeiten, durchgehendes Trinken von mehr als 12 Stunden, oder Händezittern" fragten, und nahmen zusätzlich auf das Auftreten von Konsequenzen im Rückfallzeitraum bezug, wie z.B. "Fernbleiben von der Arbeit, Fahren im angetrunkenen Zustand, ein Arzt rät wegen eines Leberschadens, mit dem Trinken aufzuhören, Scheidung wegen Alkoholismus, etc.". Beides wurde zu einer neuen Rückfallkategorie kombiniert.

Als nächstes untersuchte ich, ob sich die Ergebnisse unserer Katamnesen mit den in der Literatur veröffentlichten Ergebnissen vergleichen lassen. Ich nahm Bezug auf die Ergebnisse von EMRICK (1974) und FEUERLEIN (1984), die des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) bei Kurzzeittherapien und den Randreport (POLICH e.a., 1981). Im letzten Falle untersuchte ich auch, wie weit ein retrospektives Fenster von einem Jahr mit einer kumulativen Rückfallklassifikation von eineinhalb Jahren übereinstimmt.

Eine andere Frage war, ob zwischen Frauen und Männern ein Unterschied im Trinkverhalten besteht, wie z.B. von FEUERLEIN (1984) oder von KALLERT u. LUNGERSHAUSEN (1987) beschrieben. So wurden in der Studie des Max-Planck-Instituts (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHRSCHÜTZ, 1986) Frauen und Männer konsequent getrennt ausgewertet. Auch verglich ich einige soziodemographische Daten

zwischen Männern und Frauen (Schichtzugehörigkeit, Alter).

Weiter überprüfte ich, ob sich im ersten halben Jahr nach Therapieende die meisten Rückfälle ereigneten, bzw. ob Patienten, die schwieriger zu erreichen sind, einen ungünstigeren Rückfallstatus bieten (MOOS u. BILS, 1978).

Eine wichtige Frage war, ob durch die intensive Inanspruchnahme von Gruppenbesuchen, bzw. von Einzelgesprächen ein günstiger Rückfallstatus nach eineinhalb Jahren erzielt werden kann. Sowohl geschlechtsspezifische Unterschiede als auch Unterschiede im Verhalten von Patienten mit und ohne Vortherapie suchte ich zu finden.

Zuletzt suchte ich noch nach Prädiktoren, die einen Therapieerfolg voraussagen lassen.

Meine Ziele im Speziellen:

1. Schaffen einer gut vergleichbaren Studie durch Wahl einer ausführlichen und restriktiven Alkoholismusdefinition
2. Entwicklung einer eng an den RANDREPORT (1981) angelehnten Rückfallklassifikation
3. Vergleich der Therapie in der Nußbaumstraße mit anderen Kurzzeittherapien der Verbundstudie des Max-Planck-Instituts (KÖRNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHUTZ, 1986) und Ergebnisse

sen aus der Literatur (EMRICK, 1975, FEUERLEIN, 1984)

4. Vergleich der Therapie mit dem RANDREPORT (POLICH e.a. 1981). Besondere Fragestellung: wie weit stimmt ein retrospektives Fenster von einem Jahr mit einer kumulativen Rückfallerfassung nach eineinhalb Jahren überein.

5. Bei Patienten mit erneuter Entwöhnung: Untersuchung des Erfolgs der Behandlung in der Nachfolgeklinik

6. Ausarbeitung des Rückfallverhaltens von Männern und Frauen, von Patienten mit und ohne Vortherapie

7. Überprüfung, ob die meisten Rückfälle in der ersten Zeit nach einer Entwöhnung (bis zu einem halben Jahr nach Therapieende) stattfinden.

8. Test der These, ob Patienten, die zu den Katamnesen schwieriger zu erreichen sind, ein "poorer outcome" zeigen, wie MOOS und BLISS (1978) beschreiben.

9. Untersuchung der Auswirkungen der Inanspruchnahme auf das Rückfallgeschehen, insbesondere die Inanspruchnahme von Einzelgesprächen oder Selbsthilfegruppen

10. Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden der Inanspruchnahme, nach Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Vortherapie

11. Suche von Prädiktoren

2.2 BEHANDLUNGSKONZEPTION

Der zeitliche Ablauf einer Behandlung läßt sich nach FEUERLEIN (1984) in vier Phasen einteilen: Kontakt-, Entgiftungs-, stationäre Behandlungs- und Nachbetreuungsphase.

1. Während der Kontaktphase wurden die Patienten in einer einmal wöchentlich, abends stattfindenden offenen Gruppe ("Kontaktgruppe") über Ursachen, Symptome und Folgen der Abhängigkeit informiert und für eine weitergehende Behandlung motiviert.

2. In der Entgiftungsphase wurden die Patienten soweit erforderlich und soweit nicht bereits an anderen Kliniken geschehen, an der Nervenklinik stationär für 1 - 2 Wochen aufgenommen. Medikamentöse Behandlung mit Clome-thiazol erfolgte erst bei Auftreten deutlicher bis starker Entzugssymptome. Viele Patienten konnten erst in dieser Zeit für eine nachfolgende Entwöhnungsbehandlung motiviert werden.

3. Aufnahmebedingung für das sechswöchige stationäre Therapieprogramm war eine mindestens dreimalige Teil-

nahme an der Kontaktgruppe und vorausgegangene Entgiftung. Es wurden jeweils 10 - 12 Patienten gleichzeitig in das stationäre Therapieprogramm aufgenommen.

4. Nach der Therapie nahmen die Patienten 6 Wochen lang an einem wöchentlichen Gruppenabend unter Leitung eines Therapeuten teil. Diese ambulante Nachbetreuungsphase diente der Festigung der während der stationären Behandlung erworbenen Kenntnisse und Verhaltensweisen unter den familiären und beruflichen Anforderungen des Alltags. Weiterhin wurde den Patienten die Möglichkeit zu ambulanten Einzelsitzungen gegeben.

Wesentlicher therapeutischer Rahmen war die Therapie in Gruppen, wobei verschiedene Maßnahmen getroffen wurden, um die Gruppenkohäsion zu erhöhen (kein Ausgang während der ersten 10 Tage, geschlossene Gruppe, tägliche Gruppentherapiesitzungen, Förderung gemeinsamer Aktivitäten). Das Therapiekonzept war keiner einzelnen Therapieschule verpflichtet, sondern folgte einem integrativen therapeutischen Konzept.

Behandlungsziele waren:

1. völlige Abstinenz von Alkohol und Beruhigungsmitteln.
2. Bewußtmachung psychischer und sozialer Bedingungen der Abhängigkeit; Herausarbeitung der sich wiederholenden

Konflikt- und Verhaltensmuster, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Alkohol oder Medikamenten stehen; Förderung von Verantwortungsbewußtsein und selbständigem Handeln; Aufbau und Einübung alternativer Verhaltensmuster für Konfliktsituationen

3. Behandlung und Prävention von körperlichen Folgesymptomen und beruflichen sowie familiären Folgen der Abhängigkeit.

2.3 DAS STATIONÄRE THERAPIEPROGRAMM

Das stationäre Behandlungsprogramm bestand aus folgenden Bausteinen:

1. Konfliktzentrierte Psychotherapie (dreimal wöchentlich a' 90 Minuten): in dieser tiefenpsychologisch orientierten Gruppe wurden Prozesse der Gruppendynamik, Ziele analysiert.

2. Gruppentherapie zum Aufbau sozialer Kompetenz (2 Gruppensitzungen a' 90 Minuten wöchentlich): Ziel der Gruppe war die Verbesserung der Kommunikation mit anderen, die Aufnahme und Aufrechterhaltung von Kontakten, Selbstbehauptung i.S. einer Durchsetzung zustehender

Rechte und angemessener Forderungen und die Bewältigung von Belastungssituationen.

3. Autogenes Training

4. Gestaltungstherapie

5. Information (Wissensvermittlung durch Therapeuten)

6. Körpertraining (Sporttherapie)

7. Information durch Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Kreuzbund)

8. Gruppenbetreuung von Angehörigen

Ziele der Angehörigenbetreuung waren:

a) die Vermittlung von Information über Abhängigkeiten

b) die Besprechung gemeinsamer Probleme mit den anderen Angehörigen sowie Entlastung

c) die Änderung eigener Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit dem Patienten, besonders im Hinblick auf Rollenveränderung nach Klinikentlassung

d) die gegenseitige Anregung der betroffenen Angehörigen i.S. des "Expertentums der Betroffenen" bezüglich der

Durchführung einzelner konkreter Schritte (z.B. offenes Miteinanderreden, Abbau von Fremdkontrolle, Abstinenz bei Angehörigen). Wiederkehrende Themen in der Angehörigengruppe waren Mitverantwortung und Schuld, Geduld, Vertrauensverlust und Trennung, Angst vor dem Rückfall und Möglichkeiten der Kontrolle des Patienten und Verantwortungsübernahme durch den Patienten.

Durch die gleichzeitige Behandlung von "Entzugspatienten" auf Station war ein gewisser Störfaktor des therapeutischen Klimas gegeben. Allerdings kann dies durchaus einen positiven Aspekt gehabt haben, da dadurch den Therapiepatienten die Folgen des Alkoholkonsums ständig vor Augen geführt wurden.

2.4 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Befragt wurden die ersten 8 Gruppen (43 Männer, 45 Frauen) einer sechswöchigen Entwöhnungstherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in München. Die erste Gruppe begann ihre Therapie im Oktober 1981, die letzte im September 1982.

Die Erhebungen zur Aufnahme und zur Entlassung wurden von den Therapeuten auf Station, die zu den Katamnesen von Herrn KUPATI und mir als Doktoranden durchgeführt. Bei der

Untersuchung zur ambulanten Nachsorge interviewten wir die Patienten in der letzten "Gruppenstunde", also sechs Wochen nach Therapieende. Dieses Interview dauerte ca. 20 Minuten. Patienten, die nicht erschienen, wurden mit einer beigelegten Antwortpostkarte angeschrieben. Sie wurden gebeten, auf der Postkarte einen von zwei vorgegebenen Terminen auszusuchen. Je nach Wunsch führten wir dann das Interview in der Klinik oder zuhause durch. Kam der Patient nicht, so wurde er ein zweites Mal angeschrieben. Danach folgte ein Überraschungsbesuch zuhause, und war auch dieser erfolglos, so sandten wir dem Patienten alle schriftlich auszufüllenden Fragebögen mit einem bereits frankierten Rückantwortkuvert zu.

Zur 6-Monats-Katamnese konnten wir bereits von den Erfahrungen zur Ambulanten Nachsorge profitieren. Patienten, die wir beim ersten Mal erreicht hatten, ließen sich meist ohne Probleme wieder aufsuchen. Nachdem sich zuvor mit dem Anbieten von zwei Terminen zur Nachuntersuchung eine Verzögerung von bis zu zweieinhalb Wochen ergeben hatte, kürzten wir durch telefonische Ansprache, bzw. sofortiges Aufsuchen bei Nichtzustandekommens des Termins die Anmeldeprozedur ab. Außerdem hatten wir festgestellt, daß Patienten, die nicht antworteten, zu einem Interview bereit waren, wenn man vor der Haustür stand. Die Befragung zur 6-Monats-Katamnese dauerte ca. 40 Minuten bis zu einer Stunde, je nachdem, ob die Fragebögen des Max-Planck-Institutes schriftlich oder mündlich abgefragt werden sollten.

Zur 18-Monats-Katamnese gingen wir wie zur 6-Monats-Katamnese vor. Bei Nichtzustandekommen des Interviews über die beigelegte Postkarte wurden die Patienten angerufen, sofern ein Telefon vorhanden war. Ansonsten wurden sie sofort zuhause aufgesucht. Das letzte Interview dauerte wegen der genauen Erfassung von Rückfallgeschehen und Inanspruchnahme eineinhalb bis zwei Stunden. Wir erstellten sowohl eine kumulative als auch eine retrospektive Rückfallklassifikation. Zu letzterer waren wir gezwungen; da wir unsere Auswertung auch mit den Ergebnissen des RANDREPORTS (POLICH e.a., 1981) vergleichen wollten, und hierzu war eine retrospektive Rückfallerfassung ein Jahr vor dem Interviewzeitpunkt notwendig. Bei 10 Patienten war der Interviewzeitpunkt entweder im 17. oder 19. Monat. In diesem Falle wurde der Besuch von Einzelgespräche, bzw. von Selbsthilfegruppen durch Schaffung eines monatlichen Bezugszeitraumes gewichtet.

2.5 UNTERSUCHUNGSTRUMENT

Insgesamt wurden fünf Erhebungen durchgeführt:

1. Zu Beginn der stationären Behandlung
2. Am Ende der stationären Behandlung
3. Am Ende der ambulanten Nachsorge (nach 6 Wochen)
4. Ein halbes Jahr nach Therapieende: 6-Monats-Katamnese
5. 1,5 Jahren nach Therapieende: 18-Monats-Katamnese

Zu 1:

Diese Erhebung wurde in den ersten beiden Wochen der Behandlung durchgeführt:

Vom Therapeuten wurden ausgefüllt:

- SOZDAT-A Soziodemographische Daten wie Beruf, Alter, Wohnort, Familienstand, Lebensform, Schulbildung, Anzahl der Arbeitsstellen, Konfession
- DOK-A Informationen über den Suchtbereich, wie Trinkort, durch-

schrittliche Trinkmenge, Auftreten körperlicher Folgekrankheiten, Klassifizierung nach Jellinek, bisherige Inanspruchnahmen

von Patienten wurden ausgefüllt:

- E/Z Einstellung zur Behandlung (KUFNER, BRENN-SCHULZE, 1982). Es handelt sich um 50 ungestufte, bipolare Items.
- KSA Ein von KUFNER (1981) entwickelter Fragebogen. Es gibt einen fremdbeurteilungsteil, einen ungestuften und einen siebenfach gestuften Selbstbeurteilungsteil. Neun unterschiedliche "Dimensionen" sollen gemessen werden, wie z.B. Kontrollverlust, Einstellung zum Trinken oder Selbstbild unter Alkoholkonsum.
- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar (FAHRENBERG e.a., 1973). Persönlichkeitsmerkmale wie "Aggression" oder "Depressivität" sollen gemessen werden.
- G-Ft Hier sollen die dem sozialen Verhalten der Patienten zugrundeliegenden "Faktoren" gemessen werden, wie z.B. "Kontaktangst"

oder "Fehlschlagangst" (ULLRICH
DE MUYNCK, R., ULLRICH, R., 1977)

- LEL, P-L

Life-event-list nach HOLMES u.
RAHE (1967). Die Patienten werden
nach dem Auftreten von 42 als
wichtig angesehenen Lebensereig-
nissen gefragt, die sie je nach
dem Grad der Belastung vierfach
stufen können.

- B-L

Beschwerden-Liste nach VON
ZERSEN (1976). 24 Fragen zu
körperlichen "Beschwerden" werden
gestellt. Bei Auftreten ist eine
dreifache Stufung möglich.

von mir nachträglich aus den Krankengeschichten erhoben:

- DOK-ERG

Ergänzungen über soziodemogra-
phische Daten aus der Kranken-
geschichte der Patienten, wie
Toleranzverlust, Anzahl Entzü-
ge, Anzahl Entwöhnungsmonate,
Getränk, Schicht nach Klein-
ning-Moore, Reihe in der Ge-
schwisterfolge, Erkrankung eines
Elternteils an Alkoholismus oder
Entzug vorher in der Münchner
Universitätsklinik.

- TAB-KG

Erfassung der Tablettenanam-
nese. Suchtbeginn, Art der
Medikamente, Intensität der
Einnahme.

Zu 2: Die Entlassungsuntersuchung wurde in den letzten beiden Wochen auf Therapie durchgeführt:

vom Arzt, bzw. vom Therapeuten auszufüllen:

- SOZDAT-E,K Soziodemographische Daten zur Entlassung. Sieben Items, wie die Veränderungen im Beruf, in der Partnerschaft, den Wohnverhältnissen, etc., werden abgefragt.
- DOK-E Dokumentation des Behandlungsverlaufs, z.B. besondere Medikamentation, Therapieabbruch, Art der Miteinbezugnahme der Angehörigen in die therapeutischen Bemühungen, etc.

vom Patienten wurden ausgefüllt:

- KSEKT-C 18 vierstufige Items zur Einschätzungen von "Klimafaktoren" in der Therapie. Der Patient gibt an, auf welche Therapiebestandteile nach seiner Einschätzung am meisten Wert gelegt wurde.
- MDA-B Mehrdimensionaler Alkoholismustest, nur die siebenstufigen Einstellungsskalen werden abgefragt.
- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar, s.o.

- U-Fb Unsicherheitsfragebogen, s.o.
- LEL-A,B Life-event-list, s.o.
- B-L Beschwerdenliste, s.o.
- VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (ZIELKE e.a., 1978). 42 Items auf einer siebenstufigen Skala können angekreuzt werden. Der Wertebereich reicht von "trifft sehr stark zu" bis "trifft überhaupt nicht zu".
- TEL Hier handelt es sich um 49 fünfstufige Fragen (KÜFNER e.a., 1980) zu dem Themenkomplex, wie weit der Patient infolge von Therapieerfahrungen seine Verhaltensweisen korrigiert hat.

Überblick über die Katamneseerhebungen

Zu 3: Die Erhebung zur ambulanten Nachsorge fand 6 Wochen nach Therapieende statt.

vom Leiter der Nachsorge auszufüllen:

- PSY Fragen zum Rückfallverhalten,
zur Beteiligung des Patienten an
der Ambulanten Nachsorge,
zur Prognose des Patienten, etc.

von den Interviewern, d.h., von Herrn KUPAT und mir
auszufüllen:

- SOZDAI-AN Veränderung von soziodemogra-
phischen Daten seit der Ent-
lassung
- MINT-AN Fragen zur ambulanten Nachsor-
ge. Fragen zum Rückfallverhal-
ten und zu etwaigen Verände-
rungen des Freundeskreises.

vom Patienten auszufüllen:

- VEV Veränderungsfragebogen des Er-
lebens und Verhaltens, s.o.
- LEL Lebensereignisliste, s.o.
- B-L Beschwerdenliste, s.o.
- SINT-AN Fragen zu Veränderungen im pri-
vaten Bereich, Partner, Beruf,
Freundeskreis.

Zu 4: Die Erhebungen zur 6-Monats-Katamnese

von Herrn KUPATT, bzw. von mir auszufüllen:

- MINT-K1 Fragen zum Freundeskreis und zum sozialem Umfeld
- DOKAT-I(1) Fragen zum Rückfall, zu Veränderungen im sozialen Bereich

vom Patienten auszufüllen:

- DOKAT-S(1) schriftliche Katamnese, gleiche Fragen wie DOKAT-I(1)
- MDA-K Mehrdimensionaler Alkoholismusfragebogen, s.o.
- LEL-A,B (K1) Lebensereignisliste, s.o.
- TEL Therapieerfahrungsliste, s.o.
- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar, s.o.
- B-L Beschwerdenliste, s.o.
- VEV Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, s.o.

Zu 5: 18-Monats-Katamnese

von Herrn KUPATT, bzw. von mir auszufüllen:

- DOKAT-I (2) siehe 6-Monats-Katamnese
- MINT-K2 Fragen zum Freundeskreis
- GOLBERG-INTERVIEW Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der Patienten-
gruppe (GOLDBERG, 1970)
- RF-FB monatliche Erfassung von sozialen Konsequenzen und der Rück-
fallsymptomatik im letzten Jahr. Fehlende Angaben bis zur 6-Monats-
Katamnese wurden nachinterviewt.

vom Patienten auszufüllen:

- DOKAT-S (2) siehe DOKAT-I (2)
- MDA-A nur bipolare Skalen
- LEL, A, B (K2) Lebensereignisliste
- MMPI: Pp Psychopathieskala des Minnisota
Multiphasic Personality Inven-
tory, Skala Psychopathie (Spreen,
1963).

- FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar
- B-L Beschwerdenliste
- VEV Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

Da nach Zielsetzung des Max-Planck-Institutes die DOKAI-Fragebögen jeweils zu einem Teil von den Patienten selbst, zum anderen Teil von uns im Interview beantwortet werden sollten, haben wir nach Zufallskriterien unsere Stichprobe halbiert und ließen einem Teil den DOKAI zur 6-Monats-Katamnese, dem anderen zur 18-Monats-Katamnese selbst ausfüllen.

Für die Auswertung meiner Fragestellungen benötigte ich die Fragebögen RF-FB, TAB-ERG, DOK-A, DOK-E, DOK-ERG und Sozdat-A.

2.6 VALIDITÄT UND AUSWERTUNGSSTRATEGIE

Bei der Untersuchung zur ambulanten Nachsorge (6 Wochen

nach Therapieende) und zur 6-Monats-Katamnese wurde der enge Kontakt zur Klinik genutzt, um fremdkatamnestische Daten zu erhalten. Zusätzlich wurden die Patienten gefragt, wieviel aus ihrer Gruppe noch trocken waren und von wievielen sie einen Rückfall wußten. Wir verglichen diese Zahlenangaben mit unseren Werten. Falschangaben, daß ein Patient sich zum Interview als trocken einstufte, obwohl er rückfällig war, gab es nicht. Bei Patienten, die keine Kontakte mehr zu ihrer ehemaligen Gruppe hatten, fragten wir gezielt nach.

Ein Jahr nach Beendigung der Datenerhebung sah ich zum Zeitpunkt der Computereingabe die Krankengeschichten noch einmal durch. Vier der 88 Patienten hatten ihren Rückfall harmloser dargestellt als er war. Eine Patientin trank nahezu über ein Jahr kontrolliert, obwohl sie bei uns nur eine Woche zugab. Eine weitere Patientin hatte ihren Rückfall statt erst 6 Wochen nach Therapie bereits am ersten Tag. Eine dritte Patientin, die zweimal zum Tablettenentzug auf Station war, gab zu kurze Rückfallzeiträume an. Aus fremdkatamnestischen Angaben wissen wir, daß sie so schwer rückfällig war, daß Krampfanfälle in aller Öffentlichkeit auftraten. Die vierte Patientin war zwei Monate nach dem Interview zur 18-Monats-Katamnese auf Station. Auf Grund eines verzögerten Entzuges wurde auf Tablettenabhängigkeit von Benzodiazepinen geschlossen, obwohl sich die Patientin weigerte, dies zuzugestehen. Beim Interview hatte sie gelegentliche Einnahme von Valium angegeben. Am ehesten hat die Patientin den Sachverhalt über die eigene Suchtproblematik falsch eingeschätzt. Absichtliche Falschangaben nehme ich nicht an, da die

Patientin auch einen früheren Rückfall mit Alkohol ohne Umschweife eingestand. Wegen dieser Diskrepanz wertete ich allerdings die genaue Rückfallsymptomatik in den letzten 6 Monaten vor der 18-Monatsbefragung als "nicht bekannt".

Für die Auswertung wurden die ICD-9 Diagnosen der Patienten in DSM III Diagnosen umgewandelt. Sodann wurden die Patienten 6 verschiedenen Diagnosegruppierungen zugeteilt. Meine Thesen testete ich an der Diagnosegruppierung "Alkoholiker nach DSM III ohne weitere Sucht-, bzw. ohne Ausschlussdiagnose".

Bei der Auswertung nahm ich die Statistikpakete SPSS-9 und SPSSX zur Hilfe. Je nach Auswertungsziel stützte ich mich auf nichtparametrische Methoden wie z.B. den Wilcoxon-Test, den U-Test nach Mann-Whitney, den Vierfeldertest, loglineare Modelle oder auf robuste parametrische Tests wie den t-test.

3. ERGEBNISSE

3.1. BESTIMMUNG DER DIAGNOSEGRUPPIERUNG "ALKOHOLIKER NACH DSM III OHNE VORLIEGEN WEITERER SUCHT-, BZW. AUSSCHLUß-DIAGNOSEN"

Für die Auswertung teilte ich die Patienten in 6 Gruppen ein:

1. Patienten mit der Diagnose "Alkoholabhängigkeit nach DSM III" bei Fehlen zusätzlicher Suchtdiagnosen, bzw. einer Ausschußdiagnose.

2. Patienten mit den Diagnosen "Alkoholabhängigkeit und Tablettenmißbrauch" nach DSM III.

3. Patienten mit den Diagnosen "Alkohol- und Tablettenabhängigkeit", bzw. "Alkoholabhängigkeit und Politoxikomanie" nach DSM III.

4. Patienten mit der Diagnose "Alkoholmißbrauch" nach DSM III.

5. Patienten mit der Diagnose "Tablettenabhängigkeit" nach DSM III ohne Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmißbrauch.

6. Patienten mit Ausschußdiagnose, d.h. Patienten mit organischem Hirnschaden , der einen IQ von weniger als 80 % (HAWIE) bedingt, oder Patienten mit der Diagnose "Schizophrenie" nach DSM III.

Da die Patienten ursprünglich Diagnosen nach ICD-9 hatten, mußte ich diese in Diagnosen nach DSM III umändern. Von den insgesamt 82 Alkoholikern nach ICD-9 waren nach DSM III noch 77 abhängig. 5 erhielten nur die Diagnose "Alkoholmißbrauch". Betrachtet man nur die Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach ICD-9 ohne Vorliegen einer weiteren Suchtdiagnose, so waren nach ICD-9 Kriterien 67, nach DSM III Kriterien 64 Patienten alkoholabhängig.

Nach DSM III waren 5 % (4) der 88 Patienten nur von Tabletten abhängig, 7 % (6) betrieben Alkoholmißbrauch, und eine Patientin litt an einer schizoaffektiven Psychose, eine Ausschußdiagnose nach unseren Kriterien.

Tabelle 1: Einteilung der Patienten in Diagnosegruppen
nach DSM III

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Alkoholabhängigkeit	37	86 %	27	60 %	64	73 %
Alkoholabhängigkeit, Tablettenmißbrauch	3	7 %	4	9 %	7	8 %
Alkoholabhängigkeit, Tablettenabh.	0	0 %	6	13 %	6	7 %
Alkoholmißbrauch	2	5 %	4	9 %	6	7 %
Tablettenabhängigkeit	1	2 %	3	7 %	4	5 %
Ausschlußdiagnose	0	0 %	1	2 %	1	1 %
Gesamt	43	100 %	45	100 %	88	100 %

Die Diagnosendefinitionen nach DSM III habe ich deswegen gewählt, weil hier bei Suchtmitteln eine ganz klare Trennung zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit erfolgt. Bei Mißbrauch liegt eine genau bestimmte Zeit der Einnahme des Suchtmittels unter Auftreten bestimmter "Mißbrauchssymptome" vor, bei Abhängigkeit treten zusätzlich körperliche Symptome auf. Nach ICD-9 wird "Mißbrauch" nur spärlich beschrieben. Abhängigkeit wird sowohl als psychisches, als auch als körperliches Verlangen zur Einnahme des Suchtmittels verstanden. Die Grenze zum Mißbrauch ist beim psychischen Verlangen allerdings nur schwer zu ziehen.

Meine Thesen testete ich an den Patienten, die sowohl abhängig nach DSM III waren, als auch keine weiteren Suchtdiagnosen, bzw. keine Ausschlußdiagnose hatten (Diagnosenkategorie 1). Insgesamt erfüllten 60 % (27) der Frauen und 86 % (37) der Männer diese Anforderungen.

Durch die enge Eingrenzung des Patientenkollektivs versuchte ich eine gute Vergleichbarkeit zu Studien zu schaffen, die die Patienten nach den gleichen Kriterien auswählten.

3.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER PATIENTENGRUPPE

Alter

Das durchschnittliche Alter betrug 37 ± 9.1 Jahre (Standardabweichung). Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (t-test, $t=0.576$, $d(f)=62$, $p > 0.05$). Durchschnittsalter war bei den Frauen 37.8 Jahre ± 9.8 Jahre (SD), bei den Männern 36.5 Jahre ± 8.6 Jahre. Der jüngste Patient war bei den Frauen 22, bei den Männern 21 Jahre alt. Der älteste Patient war bei beiden Geschlechtern 59.

Familienstand

31 % (20) waren ledig, 59 % (38) verheiratet und 9 % (6) geschieden.

Tabelle 2: FAMILIENSTAND

Familienstand	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
ledig	11	30 %	9	33 %	20	31 %
verheiratet	23	62 %	15	56 %	38	59 %
geschieden	3	8 %	3	11 %	6	9 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Wohnort

78 % (50) kamen aus der Großstadt, d.h. München. Weitere 17 % (11) kamen aus Städten bis zu 100 000 Einwohnern, und 5 % (3) aus Gemeinden bis zu 2000 Einwohnern.

Beruf

5 % (3) der Patienten waren zu Behandlungsantritt bedingt arbeitsfähig. 14 % (9) waren mindestens 3 Monate arbeitslos, und weitere 14 % (9) hatten in den letzten 2 Jahren mehr als zwei Stellen inne.

Tabelle 3: BERUFLICHE TÄTIGKEIT

Tätigkeit	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Arbeiter	12	32 %	2	7 %	14	22 %
ungelernte Arbeiter	3	8 %	2	7 %	5	8 %
abgelernte Arbeiter	4	11 %	-	-	4	6 %
Facharbeiter	5	14 %	-	-	5	8 %
höchstqualif. Arb.	-	-	-	-	-	-
Angestellte	10	27 %	14	52 %	24	38 %
ausführende Angest.	1	3 %	7	26 %	8	13 %
mittlere Angest.	5	14 %	6	22 %	11	17 %
leitende Angest.	4	11 %	1	4 %	5	8 %
Beamte	2	5 %	1	4 %	3	5 %
untere Beamte	2	5 %	-	-	2	3 %
mittlere Beamte	-	-	-	-	-	-
leitende Beamte	-	-	1	4 %	1	2 %
Soldaten	4	11 %	-	-	4	6 %
Hausfrauen	-	-	6	22 %	6	9 %
mindesten 3 Monate arbeitslos	7	19 %	2	7 %	9	14 %
Selbständige	1	3 %	1	4 %	2	3 %
In Ausbildung	1	3 %	1	4 %	2	3 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Eine Tätigkeit in der Herstellung oder im Vertrieb von alkoholischen Getränken (Alkoholberuf) hatten im letzten halben Jahr 5 % aller Patienten (3 Frauen). Einen alkoholgefährdeten Beruf, d.h. eine Tätigkeit im Bau-, Transport- oder Schifffahrtsgewerbe hatten in den letzten 6 Monaten 11 % (7) der Patienten (6 Männer, 1 Frau). Diese Definitionen wurden von der Studie des Max-Planck-Instituts (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHRSCHÜTZ, 1986) übernommen.

Schulbildung

Sonderschule ohne eine zusätzliche abgeschlossene Lehre hatten 3 % (2). Ein abgebrochener Hauptschulbesuch ohne Lehre lag bei einer Patientin vor.

Tabelle 4: SCHULBILDUNG

Schulbildung	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Haupt-, Sonderschule	2	5 %	1	4 %	3	5 %
Qualifiz. Abschluß	4	11 %	4	15 %	8	13 %
Berufsschule	22	59 %	13	48 %	35	55 %
Mittlere Reife	2	5 %	5	19 %	7	11 %
Abitur	1	3 %	1	4 %	2	3 %
Hochschule	4	11 %	3	11 %	7	11 %
abgebr. Hochschulel.	2	5 %	0	-	2	3 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Wohnverhältnisse

11 % (4) der Männer und 7 % (2) der Frauen waren obdachlos oder lebten in Wohnheimen. In Untermiete lebten 7 % (2) der Frauen.

Tabelle 5: WOHNUNG

Wohnverhältnisse	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Untermiete	-	-	2	7 %	2	3 %
Mietwohnung	28	76 %	21	78 %	49	77 %
Eigenheim	5	14 %	2	7 %	7	11 %
Wohnheim	4	11 %	2	7 %	6	9 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Religionszugehörigkeit

86 % (55) gehörten einer Religionsgemeinschaft an. Praktizierende Gläubige waren von den Frauen 15 % (4), von den Männern 11 % (4).

Zwangswweise Aufnahmen

Zwangswweise Aufnahmen gab es keine.

Folge in der Geschwisterreihe

86 % (55) der Patienten hatten Geschwister. Innerhalb der Reihe waren sie zumeist ein mittleres oder das älteste Kind.

Tabelle 6: GESCHWISTERREIHENFOLGE

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Einzelkinder	7	19 %	1	4 %	8	13 %
jüngstes Kind	8	22 %	4	15 %	12	19 %
mittleres Kind	12	32 %	10	37 %	22	34 %
ältestes Kind	10	27 %	12	44 %	22	34 %
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Schichtzugehörigkeit

Frauen gehörten mit 38 % (10) eher zu den oberen Schichten, Männer mit 54 % (20) eher zu den unteren Schichten.

Tabelle 7: SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT NACH KLEINING-MOORE

Schicht	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
oberste Schicht	-	-	5	19 %	5	8 %
obere Mittelschicht	7	19 %	5	19 %	12	19 %
mittlere Mittelsch.	10	27 %	7	26 %	17	27 %
untere Mittelsch.	14	38 %	7	26 %	21	33 %
Unterschicht	6	16 %	3	11 %	9	14 %
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Für eine Auswertung faßte ich die beiden obersten und untersten Schichten zusammen. Hierdurch wurden die erwarteten Häufigkeiten in allen Zellen größer als 5, d.h. eine loglineare Analyse war möglich.

Tabelle 8: SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT (VEREINFACHT)

Schicht	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
obere Schichten	7	19 %	10	37 %	17	27 %
mittlere Sch.	10	27 %	7	26 %	17	27 %
untere Sch.	20	54 %	10	37 %	30	47 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Chi-Quadrat = 2.901, d(f) = 2, p > 0.05

Es ergaben sich folgende standardisierten Residuen:

Tabelle 9: SCHICHTZUGEHÖRIGKEIT: STANDARDISIERTE RESIDUEN

Schicht	Männer	Frauen
Obere Schichten	-0.9	1.1
Mittlere Schichten	0.1	-0.1
Untere Schichten	0.6	-0.7

Frauen in der Oberschicht haben die größte Abweichung von der Gleichverteilungsannahme. Diese Abweichung ist allerdings nur als Trend interpretierbar. Die Zellbesetzungen sprechen eher für die Annahme einer Gleichver-

teilung, insbesondere, da der Chi-Quadratwert mit 2.901 bei 2 Freiheitsgraden nicht signifikant ist.

Aufgewachsen bis zum 10. Lebensjahr

Nur bei der Mutter, bzw. nur beim Vater sind für mindestens 5 Jahre in den ersten 10 Lebensjahren 14 % (9) der Patienten aufgewachsen. 3 % (2) waren für einen längeren Zeitraum (mindestens 5 Jahre) bei den Großeltern, und 5 % (3) bei den Stiefeltern. Im Heim wuchs eine Patientin auf.

Seelische Vorerkrankungen der Eltern

Bei 20.3 % (13) der Patienten tranken die Väter "zuviel", bei 7.8 % (5) die Mütter. Einen Suizid hatten je ein Vater, bzw. eine Mutter begangen. Geisteskrankheiten kamen insgesamt dreimal vor.

3.3 SUCHTANAMNESE

Vortherapien

22 % (14) waren schon vorher auf einer Entwöhnungstherapie gewesen. Weitere 23 % (15) hatten schon früher einen Entzug durchgemacht.

Tabelle 10: VORTHERAPIEN

Therapie	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
nur Entzug	7	19 %	8	30 %	15	23 %
Entwöhnung	8	22 %	6	22 %	14	22 %
Gesamt	15	41 %	14	52 %	29	45 %

Mehrfachnennungen sind ausgeschlossen. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtheit der Männer, bzw. Frauen.

Entzug vor jetziger Entwöhnung

Vor der jetzigen Therapie hatten sich 81 % (52) der Patienten stationär entziehen lassen (zu 92 % (25) die Frauen, zu 73 % (27) die Männer), davon auf unserer

Station 67 % (43), d.h. zu 70 % (19) die Frauen und zu 65 % (24) die Männer.

Tabelle 11: ENTZUG VOR JETZIGER ENTWÖHNUNG

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Entzug auf unserer Station	24	65 %	19	70 %	43	67 %
Entzug in anderer Klinik	3	8 %	6	22 %	9	14 %
kein stationärer Entzug	10	27 %	2	7 %	12	19 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Suchtdauer

Diese wurde mit der Frage erfaßt: "Seit wann trinken Sie mehr, als Ihnen gut tut?" Bei den Männern ergaben sich 11.5 ± 4.9 Jahre, bei den Frauen 11.3 Jahre ± 5.8 (Standardabweichung). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bestand nicht (t-test, $t=0.19$, $d(f) = 62$, $p > 0.05$).

Getränke

An Getränken wurde hauptsächlich Bier konsumiert. An zweiter Stelle steht Wein.

Tabelle 12: GETRÄNKE

Getränk	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Bier	23	62 %	10	37 %	33	52 %
Wein	7	19 %	10	37 %	17	27 %
Sekt	-	-	2	7 %	2	3 %
Likör	-	-	1	4 %	1	2 %
Schnaps	7	19 %	4	15 %	11	17 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Faßt man die Kategorien "Wein-, bzw. Sekttrinker" und "Schnaps-, bzw. Likörtrinker" zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 13: GETRÄNKE (VEREINFACHT)

Getränk	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Bier	23	62 %	10	37 %	33	52 %
Wein, Sekt	7	19 %	12	44 %	19	30 %
Likör, Schnaps	7	19 %	5	19 %	12	19 %
	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Chi-Quadrat: 5.34, $d(f) = 2$, $p > 0.05$

Bei einer Berechnung der standardisierten Residuen ergibt sich, daß Männer im Trend mehr Bier, Frauen im Trend mehr Wein trinken.

Tabelle 14: GETRÄNKE NACH GESCHLECHT - STANDARDISIERTE RESIDUEN

Getränk	Männer	Frauen
Bier	0.898	-1.051
Wein, Sekt	-1.202	1.407
Likör, Schnaps	0.024	0.028

Trinkmenge

Die durchschnittliche Trinkmenge war bei den Frauen 144 g, bei den Männern 213 g. Der Unterschied ist nach dem U-test nach Mann-Whitney signifikant (U-test, $z = 2.39$, $p < 0.05$).

Trinkort

Auch hier bestand ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Frauen tranken vermehrt zuhause, Männer mehr im Betrieb oder in Gaststätten.

Tabelle 15: TRINKORT

Trinkort	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
zuhaus	11	30 %	22	81 %	33	52 %
Gaststätten	14	38 %	5	19 %	19	30 %
Betrieb	4	11 %	-	-	4	6 %
Sonstige Stellen	1	3 %	-	-	1	2 %
ohne Bevorzugung	7	19 %	-	-	7	11 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Faßt man die Kategorien "Gaststätte, Betrieb und sonstige Stellen" zu einer Kategorie zusammen und stellt man sie dem Trinkort "zu Hause" gegenüber, so ergibt sich nach dem Vierfeldertest ein Signifikanzniveau von $p < 0.05$ zwischen Männern und Frauen (χ^2 -Quadrat = 14.7307, $p < 0.05$, $d(f) = 1$).

Rauschtrinken

Rauschtrinken bestand bei allen Männern und Frauen.

Tabelle 16: RAUSCHTRINKEN

Rauschtrinken	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
weniger als 1x pro Monat	20	54 %	9	33 %	29	45 %
1-3x pro Monat	7	19 %	11	41 %	18	28 %
4-9x pro Monat	6	16 %	3	11 %	9	14 %
fast täglich	4	11 %	4	15 %	8	13 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Konsequenzen

Darunter werden genau definierte Folgen des Alkoholkonsums verstanden, wie z.B. ein Führerscheinentzug, Arbeitsplatzverlust, ein Suizidversuch oder eine Scheidung. Konsequenzen hatten sich bei 69 % (44) aller Patienten ergeben.

Tabelle 17: KONSEQUENZEN IN DER ANAMNESE

Konsequenz	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Pflegschaft, Entmündigung, Verwahrung	2	3 %	1	2 %	3	2 %
Führerscheinentzug	20	32 %	3	7 %	23	18 %
Arbeitsplatzverlust	19	31 %	13	28 %	32	19 %
Scheidung wg. Alk.	3	5 %	1	2 %	4	4 %
Suizidversuche	5	8 %	21	46 %	26	15 %
Sonstige Konseq.	13	21 %	7	15 %	20	19 %
Gesamt	62	100 %	46	100 %	108	100 %

Sonstige Konsequenzen sind: Absinken als Landstreicher, Entzug des Sorgerechts, Disziplinarverfahren, Einweisung zur Therapie, schwere Belastung der zwischenmenschlichen Beziehungen wegen Alkoholismus

Konsequenzen traten bei 74 % (20) der Frauen und 65 % (24) der Männer auf. Durchschnittlich traten pro Mann 1.68, pro Frau 1.70 Konsequenzen auf. Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen nach dem U-Test bestand nicht (U-test, $z = 0.21$, $p > 0.05$). Allerdings hatten Frauen signifikant mehr Suizidversuche (U-test, $z = 2.75$, $p < 0.05$).

Somatische Folgekrankheiten

Bei den somatischen Folgekrankheiten waren am häufigsten zu jeweils 24 % sowohl die Lebererkrankungen als auch die Delirien vertreten (jeweils 11 Männer, 8 Frauen). Als Lebererkrankungen wurden hauptsächlich Lebervergrößerungen erfaßt.

Tabelle 18: SOMATISCHE FOLGEERSCHEINUNGEN DES ALKOHOLGENUSSES

Erkrankung	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Lebererkrankung	11	24 %	8	24 %	19	24 %
Magenerkrankung	8	17 %	6	18 %	14	18 %
Polineuropathie	5	11 %	3	9 %	8	10 %
Krampfanfall	6	13 %	6	18 %	12	15 %
Alkoholhalluzinose	2	4 %	2	6 %	4	5 %
Delirien	11	24 %	8	24 %	19	24 %
Pankreatitis	2	4 %	1	3 %	3	4 %
Myopathie	1	2 %	-	-	1	1 %
Gesamt	46	100 %	34	100 %	80	100 %

Zieht man nur die aktuellen Krankheiten in Betracht, so ergibt sich keine besondere Veränderung. Erneut treten am häufigsten Lebererkrankungen und Delirien auf.

Tabelle 19: SOMATISCHE FOLGEERSCHEINUNGEN DES ALKOHOLKONSUMS IM LETZTEN HALBEN JAHR

Erkrankung	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Lebererkrankung	9	28 %	8	31 %	17	29 %
Magenerkrankung	3	9 %	1	4 %	4	7 %
Polineuropathie	5	16 %	3	12 %	8	14 %
Krampfanfall	4	13 %	4	15 %	8	14 %
Alkoholhalluzinose	2	6 %	2	8 %	4	7 %
Delirien	8	25 %	7	27 %	15	26 %
Pankreatitis	-	-	1	4 %	1	2 %
Myopathie	1	3 %	-	-	1	2 %
Gesamt	32	100 %	26	100 %	58	100 %

Rückfall vor Therapiebeginn

81 % (52) hatten vor Therapiebeginn einen Entzug besucht. Von diesen wurden 7 (4 Frauen, 3 Männer) direkt nach dem Entzug auf die Station verlegt. Von den verbleibenden 45 Patienten (24 Männer, 21 Frauen) hatten 47 % (21) einen Rückfall in der Zeit vom Entzug bis zur Entwöhnung, zu 62 % (13) die Frauen und zu 33 % (8) die Männer. Der Unterschied in der Rückfallhäufigkeit vor Therapiebeginn zwischen den Geschlechtern war nicht signifikant (χ^2 -Quadrat = 2.6152, d(f) = 1, $p > 0.05$).

19 % (12) unserer Patienten (10 Männer, zwei Frauen) hatten keinen Entzug vor der Entwöhnungstherapie in Anspruch genommen. Im Zeitraum von Anmeldung bis Entwöhnungsbeginn waren von diesen zwei Drittel rückfällig geworden, zu 80 % (8) die Männer, zu 50 % (1) die Frauen.

Toleranzverlust

Toleranzverlust lag bei 25 % (16) der Stichprobe vor (25 % (7) der Frauen, 24 % (9) der Männer). Eine weitere Frau hatte Toleranzsteigerung.

Therapieabbrecher

Zu einem Therapieabbruch kam es bei einem Patienten. Er hatte sich nach 14 Tagen unerlaubt von Station entfernt und wurde sofort aus disziplinarischen Gründen entlassen. Eine Patientin gestand einen Rückfall zuhause ein, ohne daß man es ihr hatte nachweisen können. Dies war zum Ende der Therapie, und es wurden keine weiteren Schritte unternommen.

Angehörigenbetreuung

Von 77 % (49) der Patienten nahmen Bekannte die Angehörigenbetreuung in Anspruch.

Tabelle 20: ANGEHÖRIGENBETREUUNG

Angehöriger	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Partner	22	59 %	9	33 %	31	48 %
Kinder	-	-	3	11 %	3	5 %
Eltern	3	8 %	3	11 %	6	9 %
Sonstige	3	8 %	2	7 %	5	8 %
Mehrere Kontaktpers.	2	5 %	2	7 %	4	6 %
ohne Angehörigenbetr.	7	19 %	8	30 %	15	23 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

3.4. ERREICHBARKEIT DER PATIENTEN ZU DEN VERSCHIEDENEN KATAMNESEZEITPUNKTEN

Die ambulante Nachsorge

84 % (54) der 64 Patienten wurden zur Befragung zur ambulanten Nachsorge erreicht. Von weiteren 8 % (5) liegen fremdkatamnestiche Angaben vor. 43 dieser 54 Patienten wurden sofort erreicht, bei 8 Patienten war ein zusätzlicher Hausbesuch nötig. 2 Patienten reagierten nur mit einer schriftlichen Antwort auf unser letztes Mahnschreiben. Ein Patient wurde von vornherein nur schriftlich befragt, da er zu weit weg wohnte.

Tabelle 21: KATAMNESESITUATION ZUR AMBULANTEN NACHSORGE
(6 WOCHEN NACH THERAPIEENDE)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Sofort erreicht	28	76 %	16	59 %	44	69 %
Nachgefahren	4	11 %	4	15 %	8	13 %
nur schriftlich	1	3 %	1	4 %	2	3 %
Pat. entschuldigt	0	-	1	4 %	1	2 %
nicht erreicht	1	3 %	4	15 %	5	8 %
verweigert	3	8 %	1	4 %	4	6 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Der Patient, der von vorneherein nur schriftlich befragt wurde, wurde in die Kategorie "sofort erreicht" eingestuft, da er ohne Umschweife auf unser erstes Schreiben reagierte. Eine Patientin wurde als "entschuldigt" eingestuft, da sie zum Befragungstermin in einer ca. 300 km entfernten Klinik war. 2 Patienten konnten auf Therapie befragt werden.

Läßt man die Patienten auf Therapie außer Acht und stellt man die sofort erreichten Patienten den anderen Patienten gegenüber, so ergibt sich, daß sofort erreichbare Patienten signifikant eher trocken waren (χ^2 -Quadrat = 35.2609, $d(f) = 1$, $p < 0.05$). Patienten, die sich zum Befragungstermin entschuldigt hatten und zu einem anderen Termin befragt wurden, wurden in die Kategorie "sofort erreicht" eingestuft.

Tabelle 22: ZUSAMMENHANG "ERREICHBARKEIT" ZUR
AMBULANTEN NACHSORGE UND RÜCKFALLSTATUS

	trocken		rückfällig		gesamt	
sofort erreicht	41	67 %	3	5 %	44	72 %
nicht erreicht, Nachtermin	2	3 %	15	25 %	17	28 %
Gesamt	43	70 %	18	30%	61	100 %

Chi-Quadrat: 35.2609, $p < 0.05$, $d(f) = 1$

BEFRAGUNG ZUR 6-MONATS-KATAMNESE

Wir erreichten 84 % (54) der Patienten. 3 weitere Patienten erreichten wir später zur 18-Monats-Katamnese. Von weiteren 7 Patienten liegen fremdkatamnestische Angaben vor.

Tabelle 23: INTERVIEWSITUATION ZUR 6-MONATS-KATAMNESE

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Interview ohne Schwierigkeiten	24	65 %	17	63 %	41	64 %
Nachtermin	7	19 %	6	22 %	13	20 %
nicht erreicht	4	11 %	4	15 %	8	13 %
verweigert	2	5 %	0	-	2	3 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Stellt man wieder den Rückfallstatus der Patienten, die schwieriger zu erreichen waren, den Patienten gegenüber, die ohne Probleme zu erreichen waren, so ergibt sich erneut, daß Patienten, die schwieriger zu erreichen sind, einen ungünstigeren Rückfallstatus bieten.

Tabelle 24: GEGENÜBERSTELLUNG "ERREICHBARKEIT ZUR 6-MONATS-KATAMNESE" UND "RÜCKFALLSTATUS ZUR 6-MONATS-KATAMNESE"

	trocken		rückfällig		gesamt	
sofort erreicht	30	47 %	11	17 %	41	64 %
nicht erreicht, Nachtermin	4	6 %	19	30 %	23	36 %
Gesamt	34	53 %	30	47 %	64	100 %

Chi-Quadrat = 16.2376, d(f) = 1, p < 0.05

BEFRAGUNG ZUR 18-MONATS-KATAMNESE

Wir erreichten 80 % (51) der 64 Patienten. Von 5 weiteren Patienten liegen fremdkatamnestische Angaben vor, darunter über einen Patienten, der nach 15 Monaten verstarb. 4 Patienten konnten zumindest über ein Jahr verfolgt werden, und nur von 4 Patienten liegen maximal bis zur 6-Monats-Katamnese Angaben vor.

Tabelle 25: INTERVIEWSTATISTIK ZUR 18-MONATS-KATAMNESE

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Interview sofort	19	51 %	19	70 %	38	59 %
Nachtermin	9	24 %	4	15 %	13	20 %
verweigert	2	5 %	0	-	2	3 %
nicht auffindbar	6	16 %	4	15 %	10	16 %
verstorben	1	3 %	0	0 %	1	2 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Ein Mann verstarb im 15. Monat des Katamnesezeitraumes.

Stellt man die Patienten, die sofort erreicht wurden, den Patienten gegenüber, die erst über Nachtermine, bzw. überhaupt nicht erreicht wurden, so ergibt sich erneut, daß Patienten, deren Interviewtermin mit mehr "Mühe" zustande kam, eher rückfällig waren.

Tabelle 26: GEGENÜBERSTELLUNG "ERREICHBARKEIT ZUR 18-MONATS-KATAMNESE" UND RÜCKFALLSTATUS ZUR 18-MONATS-KATAMNESE

	trocken		rückfällig		gesamt	
sofort erreicht	18	29 %	20	32 %	38	60 %
nicht erreicht, Nachtermin	3	5 %	22	35 %	25	40 %
Gesamt	21	33 %	42	67 %	63	100 %

Chi-Quadrat = 6.97144 d(f) = 1, p < 0.05

Ein Patient war im 15. Monat der Katamnese verstorben.

Einen Überblick über alle 3 Katamnesezeitpunkte gibt folgende Tabelle:

Tabelle 27: KATAMNESESPIEGEL ÜBER ALLE 3 BEFRAGUNGS-
ZEITPUNKTE

	Interviewtermin zur					
	Amb.Nachs. (6 Wochen nach Therapie)		6-Monats- katamnese		18-Monats- katamnese	
	abs. rel.		abs. rel.		abs. rel.	
Patient selbst erreicht	54	84.8 %	54	84.8 %	51	79.7 %
Patient zu späterem Interview erreicht	5	7.8 %	3	4.7 %	-	-
fremdkat. Angaben	5	7.8 %	7	10.9 %	5	7.8 %
teilkat. Angaben	-	-	-	-	4	6.3 %
unbekannt	-	-	-	-	4	6.3 %

Unter "teilkatamnestischen Angaben" sind Informationen gemeint, die den Verlauf für mindestens ein Jahr nach Therapieende beschreiben.

Zieht man den im 15. Monat verstorbenen Patienten von der Gesamtzahl der zur 18-Monats-Katamnese erreichbaren Patienten ab, so erhöht sich unsere Ausschöpfungsquote auf 81 %. Durch die Ausschöpfung fremdkatamnestischer Angaben haben wir für alle 64 Patienten eine vollständige Zuordnung nach unserer kumulativen Rückfallkategorie "trocken - gebessert - schwer rückfällig".

3.5 RÜCKFALLGESCHEHEN IM VERLAUF VON EINEINHALB JAHREN

3.5.1 Ausführliche Rückfallklassifikation

Im wesentlichen arbeitete ich mit 2 Rückfallklassifikationen, wobei ich einmal 6 und einmal 3 verschiedene Rückfallstadien unterschied.

Die "ausführlichere" Rückfallklassifikation lehnt sich wegen der Unterscheidung in Symptome und Konsequenzen eng an den RANDREPORT (1981) an und besteht aus folgenden Kategorien:

1. Trocken

2. Rückfällig ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen mit einer "geringen Trinkmenge" Alkohol; "geringe Trinkmenge" heißt, daß eine Frau immer weniger als 30 g und ein Mann stets weniger als 60 g reinen Alkohol pro Trinktag getrunken haben muß.

3. Rückfällig ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen, jedoch wurden mindestens einmal bei Frauen 30 g und bei Männern 60 g Alkohol pro Trinktag (oder auch mehr) konsumiert.

4. Auftreten von Symptomen; noch keine Konsequenzen vorhanden

5. Alleiniges Auftreten von Konsequenzen ohne Symptome

6. Auftreten von Symptomen und Konsequenzen

Unter Symptomen sind genau definierte Trinkumstände zu verstehen, wie z.B. Filmrisse, Kontrollverlust, Trinken länger als 12 Stunden, Auslassen von Mahlzeiten, morgendlicher Suchtbeginn oder das Auftreten von Händezittern.

Das Auftreten von "Konsequenzen" ist gleichbedeutend mit dem Auftreten von Kennzeichen des Alkoholmißbrauchs nach DSM III, d.h. ein Arzt rät aufgrund eines bestehenden Leberschadens ernsthaft an, mit dem Trinken aufzuhören, es kommt zum Auftreten von für Alkoholiker typischen Streitereien und Aggressionen im sozialen Umfeld, d.h. Raufereien, grundlosen Eifersuchtsszenen, zu Gesetzeskonflikten oder zur Vernachlässigung der Arbeit. Auch Entmündigungen oder das Absinken ins Stadtstreichermilieu wurden als Konsequenz gewertet.

Oft nehme ich allerdings nur auf eine vereinfachte Rückfalleinteilung mit "trocken - leicht rückfällig - schwer rückfällig" bezug. Als "leicht rückfällig" wurden Patienten bezeichnet, die entweder nur einen einzigen Trinktag hatten (auch bei Vorliegen von Symptomen), oder die bei Vorliegen von mehr als einem Trinktag ohne Symptome und Konsequenzen getrunken hatten. Erstere Konstellation kam nie vor. Alle anderen rückfälligen Patienten wurden als "schwer rückfällig" eingestuft.

3.5.2 Rückfällspiegel zu den Befragungszeitpunkten

Rückfälle bis zum Zeitpunkt der ambulanten Nachsorge
(6 Wochen nach Therapieende)

In diesem Zeitraum waren 20 Patienten rückfällig geworden.

Tabelle 28: RÜCKFALLKLASSIFIKATION ZUM ENDE DER
AMBULANTEN NACHSORGE

Rückfallkategorie	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	28	76 %	16	59 %	44	69 %
kontrolliert						
kleinere Menge	0	-	1	4 %	1	2 %
größere Menge	0	-	1	4 %	1	2 %
Symptome	4	11 %	5	19 %	9	14 %
nur Konsequenzen	0	-	1	4 %	1	2 %
Symptome und Konsequenzen	5	14 %	3	11 %	8	13 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

"Kontrolliert, kleinere Menge" bedeutet, daß eine Frau bis zu 30 g Alkohol pro Tag, ein Mann bis zu 60 g pro Tag trinken darf.

Rückfälle bis zur 6-Monats-Katamnese

Ein halbes Jahr nach Therapieende waren noch 53 % (34) trocken. 6 der 30 rückfälligen Patienten hatten bereits einen neuen stationären Aufenthalt hinter sich. 4 weitere Patienten waren gerade zum Zeitpunkt des Interviews stationär.

Tabelle 29: KUMULATIVE RÜCKFALLKLASSIFIKATION NACH EINEM HALBEN JAHR

Rückfallkategorie	Männer abs. rel.		Frauen abs. rel.		Gesamt abs. rel.	
trocken	22	59 %	12	44 %	34	53 %
kontrolliert						
geringe Menge	0	-	1	4 %	1	2 %
höhere Menge	0	-	1	4 %	1	2 %
Symptome	4	11 %	1	4 %	5	8 %
nur Konsequenzen	0	-	1	4 %	1	2 %
Symptome und Konsequenzen	11	30 %	11	41 %	22	34 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Von einer Patientin in der obigen Tabelle liegen nur Informationen bis kurz nach der ambulanten Nachsorge vor. Sie war bis dahin mit Symptomen rückfällig gewesen.

Rückfälle bis zur 18-Monats-Katamnese

Bis zur 18-Monats-Katamnese waren noch 34 % (22) der 64 Patienten trocken geblieben. Bei 5 % (3 Patienten) waren nur Symptome, bei einer Patientin nur Konsequenzen und bei 42 % (27 Patienten) Symptome und Konsequenzen aufgetreten. Frauen waren zu 74% (20) rückfällig, Männer zu 59 % (22), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0.90, d(f) = 1, $p > 0.05$).

Tabelle 30: KUMULATIVE RÜCKFALLKATEGORIE ZUR 18-MONATS-KATAMNESE

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	15	41 %	7	26 %	22	34 %
kontrolliert						
geringe Trinkmenge	2	5 %	1	4 %	3	5 %
höhere Trinkmenge	1	3 %	3	8 %	4	6 %
nur Symptome	2	5 %	1	4 %	3	5 %
nur Konsequenzen	0	-	1	4 %	1	2 %
Symptome und						
Konsequenzen	15	41 %	12	44 %	27	42 %
unbekannt	2	5 %	2	7 %	4	6 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Ein Patient, der im Monat 15 der Katamnese verstarb, wurde als trocken gewertet.

Grafische Darstellung des Rückfallverhaltens über den Katamnesezeitraum (ausführliche Rückfallklassifikation)

Zur besseren grafischen Darstellung wurden knapp besetzte, inhaltlich verwandte Kategorien zusammengefaßt. Dies geschah mit den Kategorien 2 und 3, d.h., es wurde bei Fehlen von Symptomen oder Konsequenzen nicht zwischen Rückfälligen mit einer höheren und geringeren Trinkmenge unterschieden, und den Kategorien 4 und 5, d.h., das Auftreten von Konsequenzen oder Symptomen wurde gleich gewertet (es gab allerdings nur eine Patientin, bei der Konsequenzen ohne Symptome auftraten). Alle Patienten, die bereits eine erneute klinische Inanspruchnahme hinter sich hatten, sind im Balkendiagramm besonders gekennzeichnet. Sie alle waren nach Kategorie 6 (Auftreten von Symptomen und Konsequenzen) rückfällig gewesen.

Somit ergeben sich die Rückfallkategorien "trocken", "kontrolliert ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen", "Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen", und "Auftreten von Symptomen und Konsequenzen" mit der Untergruppierung "erneute stationäre Inanspruchnahme".

Dies ergibt folgendes Bild:

RÜCKFALLSTATUS ZU DEN EINZELNEN KATAMNESEZEITPUNKTEN AUSFÜHRLICHE RÜCKFALLKLASSIFIKATION

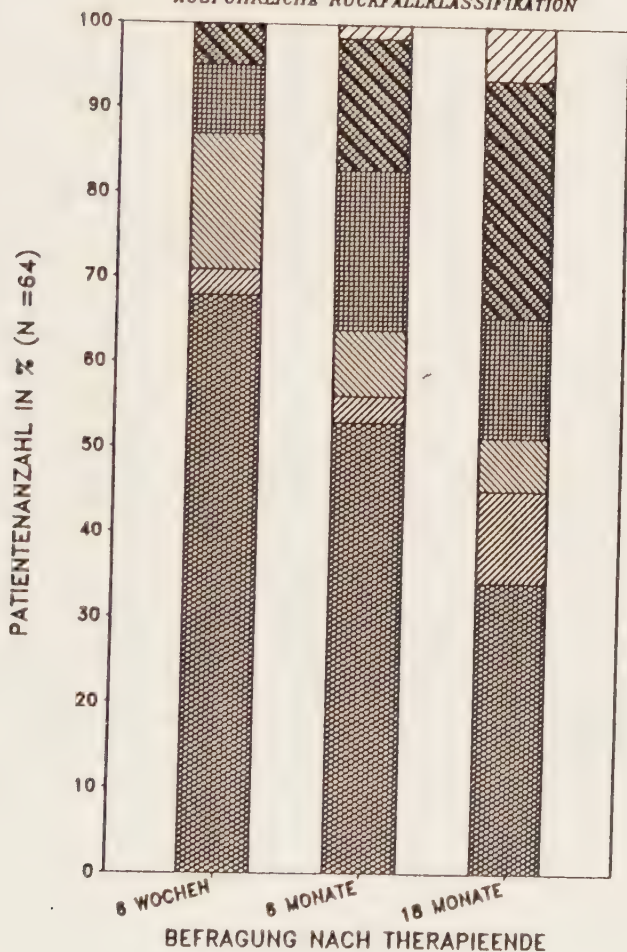


Abb. 1

LEGENDE:

- trocken
- ▨ Rückfall ohne Symptome oder Konsequenzen
- ▧ Rückfall mit Symptomen oder Konsequenzen
- ▩ Rückfall mit Symptomen und Konsequenzen
- ░ erneuter stationärer Aufenthalt
- keine ausreichende Information vorhanden

3.5.3 Vereinfachte Rückfallerfassung mit "trocken - leicht rückfällig - schwer rückfällig"

Klassifikation zur 18-Monats-Katamnese

Nach eineinhalb Jahren waren 34 % (22) trocken, 11 % (7 Patienten) waren "leicht rückfällig" und 55 % (35) schwer rückfällig.

Tabelle 31: KUMULATIVE RÜCKFALLKLASSIFIKATION ZUR 18-MONATS-KATAMNESE (VEREINFACHT)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	15	40 %	7	26 %	22	34 %
leicht rückfällig	3	8 %	4	15 %	7	11 %
schwer rückfällig	19	51 %	16	59 %	35	55 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

3.5.4 Rückfallentwicklung im Verlauf von Halbjahren

Ich teilte den Katamnesezeitraum in Halbjahre auf und verfolgte die Entwicklung der jeweiligen aktuellen Rückfallkategorie. Im ersten Halbjahr waren 34 Patienten trocken geblieben, 2 Patienten konnten als "leicht rückfällig" eingestuft werden, und 28 Patienten wurden als "schwer rückfällig" eingestuft.

Im zweiten Halbjahr wurden von den trockenen Patienten 10 rückfällig, davon 6 schwer. Die "leicht rückfälligen" Patienten veränderten ihren Status nicht. 5 Patienten, die schwer rückfällig waren, waren mittlerweile trocken. 3 waren auf Therapie, eine Patientin konnte sich über Einzelgespräche nach einem Suizidversuch stabilisieren, und die fünfte Patientin blieb trocken nach einem Abort, der sich in der Rückfallperiode ereignete. Drei der Patienten, die schwer rückfällig waren, konnten nun als leicht rückfällig eingestuft werden, zwei allerdings nur mithilfe einer Entwöhnung. Die dritte Patientin fürchtete ernsthafte Konsequenzen vom amtlicher Seite her, falls sie weiter trinken würde. 16 Patienten waren wie im ersten Halbjahr schwerst rückfällig. Keine Informationen liegen über 4 Patienten vor.

Tabelle 32: RÜCKFALLENTWICKLUNG IM 2. HALBJAHR

Rückfallkategorie im 1. Halbjahr	Rückfallkategorie im 2. Halbjahr			
		trocken	leicht rückf.	Rauschtrinken
trocken	34	24	4	6
leicht rückf.	2	-	2	-
schwer rückf.	28	5	3	16

Die erste Spalte gibt an, wieviel Patienten im ersten Halbjahr zur entsprechenden Rückfallkategorie gehörten. Über vier schwer rückfällige Patienten liegen keine Informationen vor.

Im dritten Halbjahr blieben 23 der 29 im zweiten Halbjahr abstinent lebenden Patienten trocken. 1 Patient trank ohne Auftreten von Symptomen und Konsequenzen, und 4 Patienten wurden schwer rückfällig. Von den 9 leicht rückfälligen Patienten veränderten sieben nicht ihren Rückfallstatus. Ein Patient war erneut schwer rückfällig, und einer war ohne Einfluß einer Inanspruchnahme trocken geworden. Von den 22 Patienten mit schwerem Rückfall liegen nur von 21 Patienten die entsprechenden Informationen vor. 20 Patienten waren weiterhin schwer rückfällig, ein Patient war nur noch leicht rückfällig (nach einer Entwöhnung).

Tabelle 33: RÜCKFALLENTWICKLUNG IM 3.HALBJAHR

Rückfallkategorie im 2.Halbjahr	Rückfallkategorie im 3.Halbjahr			
		trocken	leicht rückf.	Rauschtrinken
trocken	29	23	1	4
leicht rückf.	9	1	7	1
schwer rückf.	22	-	1	20

Die erste Spalte gibt an, wieviel Patienten im zweiten Halbjahr zu welcher Rückfallkategorie gehörten. Keine Informationen liegen über 6 Patienten vor. Auch in dieser Tabelle wurde der Patient, der im 15. Monat verstarb, als trocken gewertet.

3.5.5 Rückfallerfassung nach Art des RANDREPORTS (POLICH e.a., 1981)

Wir hatten unsere Patienten auch nach der Rückfallerfassung des RANDREPORTS eingestuft. Entscheidend für die Klassifikation war der Rückfallstatus im Jahr vor dem Interview. Es gab folgende Kategorien:

1. Mehr als ein Jahr vor dem Interview trocken
2. Mehr als ein halbes Jahr, jedoch weniger als ein Jahr trocken vor dem Interview

3. Rückfällig mit geringer Trinkmenge ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen

4. Rückfällig mit hoher Trinkmenge ohne Auftreten von Symptomen oder Konsequenzen

5. Auftreten von Symptomen beim Rückfall

6. Auftreten von Konsequenzen beim Rückfall

7. Auftreten von Symptomen und Konsequenzen beim Rückfall

folgende Veränderungen hatten wir vorgenommen: als geringe Trinkmenge waren bei den Männern bis zu 60 g Alkohol oder ca. 4 Bier erlaubt, einer in Deutschland gängigen Maßeinheit (RANDREPORT: 2 Unzen Alkohol oder ca. 47 g, nie mehr als 71 g, d.h. 3 Unzen). Da im RANDREPORT (1981) nur Männer untersucht wurden, lagen für Frauen keine Richtwerte vor. Ich orientierte mich an der Verbundstudie des Max-Planck-Instituts, in der die Grenze bei mehr als 30 g (mehr als 2 Halbe Bier) gezogen wurde. Bei den Konsequenzen hatte ich Erweiterungen vorgenommen. Ich wertete auch einen Suizidversuch, eine Entmündigung oder das Absinken ins Stadtstreichermilieu als Konsequenz.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 34: RÜCKFALLERFASSUNG NACH MAGGABE DES
RANDREPORTS (1981)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
mehr als 1 Jahr trocken	15	41 %	8	30 %	23	36 %
6 - 11 Monate trocken	1	3 %	0	0 %	1	2 %
kontrolliert, geringe Trinkmenge	1	3 %	1	4 %	2	3 %
kontrolliert, hohe Trinkmenge	2	5 %	6	22 %	8	13 %
Auftreten von Symptomen	2	5 %	1	4 %	3	5 %
Auftreten von Konsequenzen	0	0 %	1	4 %	1	2 %
Auftreten von Symptomen u. Konsequ. unbekannt	13	35 %	7	26 %	20	31 %
	3	8 %	3	11 %	6	9 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Die Frage war nun, ob ein retrospektives Fenster von 12 Monaten, wie es im RANDREPORT angewendet wird, ein wahres Bild des Rückfallgeschehens bietet. Ein Patient mit Rauschtrinken würde bei uns nur als "1-year-abstainer" eingestuft werden. Weitere 4 Patienten wären nur "High-Quality Drinker", obwohl Rauschtrinken zu einem früheren Zeitpunkt bestanden hatte. Bei allen anderen Patienten (53) ergäben sich keine Veränderungen (bei weiteren 6 Patienten war eine genaue Zuordnung wegen fehlender Informationen nicht möglich).

3.6 RÜCKFALLVERHALTEN

Rückfallperioden

27 Patienten hatten mehrere Rückfallperioden, definitionsgemäß Rückfallzeiträume, die durch mehr als 7 Tage "Trockenperiode" voneinander getrennt sind.

7 Patienten hatten nur eine zusammenhängende Rückfallperiode.

Bei 8 Patienten ist die genaue Anzahl der Rückfallepisoden unbekannt.

Ich versuchte nun die Dauer der einzelnen Rückfallperioden zu erfassen und nahm folgende Einteilung bezogen auf anderthalb Jahre vor:

- ein Rückfall von bis zu 3 Tagen
- mehrere kurze Rückfälle von maximal 3 Tagen
- mittlere Rückfallepisoden von 4 bis zu 15 Tagen Dauer
- lange Rückfallepisoden von mehr als 15 Tagen Dauer

Ein Rückfall von bis zu 3 Tagen in den anderthalb Jahren kam nur bei 5 % (ein Mann und eine Frau) aller Rückfälligen vor.

Mehrere kurze Rückfallzeiten von bis zu 3 Tagen im Katamnesezeitraum hatten 10 % (2 Männer und 2 Frauen).

7 % (3 Frauen) hatten als längsten Rückfallzeitraum eine mittlere Rückfallperiode.

69 % (12 Frauen und 17 Männer) hatten eine Rückfallepisode von länger als 15 Tagen.

Von 19 % (8) der Rückfälligen lagen keine Informationen über die Dauer der längsten Rückfallepisode vor.

Grund des Rückfalls

Auf die Frage, warum sie rückfällig geworden waren, wußten 79 % (27) der 34 Patienten, denen diese Frage gestellt werden konnte, keine Antwort. Diese Frage war als offene Frage gestellt worden. Bei den Patienten, die keine rechte Antwort wußten, wurden die Kategorien "ich weiß nicht, warum ich getrunken habe", bzw., "ich hatte ein psychisches Tief" angeboten. Nur 20.5 % (7) aller rückfälligen Patienten gaben ein psychisches Tief als Auslöser an.

Trinkgesellschaft

Frauen tranken häufiger allein, Männer häufiger in Gesellschaft. Der Unterschied war signifikant (Chi-Quadrat = 7.0926, $d(f) = 1$, $p < 0.05$).

Getränk und Trinkmenge

Bei allen Befragungen tranken die Männer häufiger als die Frauen Bier, und die Frauen häufiger als die Männer Wein. Eine Chi-Quadrat-Testung war jedoch wegen zu geringer "zu erwartender Zellhäufigkeiten" nicht möglich.

Tabelle 35: GETRÄNK ZUR 18-MONATS-KATAMNESE

Getränk	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Bier	12	54 %	3	15 %	15	36 %
Wein	1	5 %	5	25 %	6	14 %
Sekt	0	-	1	5 %	1	2 %
Likör	0	-	1	5 %	1	2 %
Schnaps	1	5 %	1	5 %	2	5 %
Keine Bevorzugung	5	23 %	5	25 %	10	24 %
unbekannt	3	14 %	4	20 %	7	17 %
Gesamt	22	100 %	20	100 %	42	100 %

Keine genauen Informationen liegen bei 7 Patienten vor.

Bei den Männern betrug die durchschnittliche Trinkmenge 156 g, bei den Frauen 76 g. Ein signifikanter Unterschied ergab sich nicht (U-test nach Mann-Whitney: $z = 1.5831$, $p > 0.05$ %). Hierzu lagen die Angaben von 73 % (16) der rückfälligen Männer und 75 % (15) der rückfälligen Frauen vor.

Erster Rückfall

Ihren ersten Rückfall hatten mit 62 % (26) die meisten Patienten in den ersten 10 Wochen nach unserer Therapie davon 38 % (16) allein in den ersten beiden Wochen.

Tabelle 36: ERSTER RÜCKFALL NACH THERAPIE

Rückfallzeitpunkt nach Therapieende	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
innen zwei Wochen	8	36 %	8	40 %	16	38 %
1., 2. Monat	3	14 %	7	35 %	10	24 %
3. - 6. Monat	7	32 %	0	-	7	17
7. - 12. Monat	3	14 %	3	15 %	6	14 %
noch später	1	5 %	2	10 %	3	7 %
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Gesamt	22	100 %	20	100 %	42	100 %

Für 74 % (31) der Patienten war der erste Rückfall gleichbedeutend mit "Rauschtrinken". Im Laufe des ersten halben Jahres nach dem Rückfall wechselten 7 % (3) von "kontrolliertem" Trinken zu Rauschtrinken. 19 % (8) blieben bei kontrolliertem Trinken, darunter eine Patientin mit Leberschaden.

Auftreten von Symptomen

Erfaßt wurden das "Auftreten von Filmrissen", "Händezittern", "Auslassen von Mahlzeiten", "ein morgendlicher Suchtbeginn", "eine Trinkzeit länger als 12 h" und "Kontrollverlust". "Auslassung von Mahlzeiten" war insgesamt häufigstes Symptom. Zumeist traten die Symptome

vergesellschaftet auf. 2 Patientinnen gaben jeweils nur 1 Symptom maximal pro Trinktag an. Eine dieser Frauen wurde im Lauf der anderthalb Jahre dreimal stationär entzogen, die andere wurde 2 Monate nach dem letzten Interview stationär aufgenommen zum Alkohol- und Tablettenentzug. 2 Männer gaben nur maximal 2 Symptome pro Trinktag an. Während der eine ein ganzes Jahr in einem Bezirkskrankenhaus verbrachte und nicht entlassungsfähig war, trank der andere ein halbes Jahr fast täglich mit Symptomen. Bei allen anderen Patienten mit Rauschtrinken traten mindestens drei Symptome gemeinsam auf. Man sieht, daß selbst beim Auftreten von wenigen Symptomen ein schwerer Rückfallverlauf vorlag.

Nur von 71 % (30) aller rückfälligen Patienten waren genügend Informationen vorhanden, so daß sie in die Auswertung über die Symptome aufgenommen werden konnten. Ergebnisse liegen von 68 % (15) der Männer und 75 % (15) der Frauen vor. Untersucht wurde das Auftreten von Symptomen pro rückfälligem Patienten. Da die meisten Patienten, von denen keine genauen Angaben über die Symptome vorliegen, schwerst rückfällig waren, ist ein "Unterschätzen" des wahren Sachverhaltes möglich.

In den anderthalb Jahren traten im Schnitt 328 Symptome pro männlichem und 84 Symptome pro weiblichem Rückfälligen auf.

Tabelle 37: DURCHSCHNITTLICHES AUFTRETEN VON SYMPTOMEN
IM VERLAUF VON EINEINHALB JAHREN

	Männer (N=15)		Frauen (N=15)		Gesamt (N=30)	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Filmrisse	17.3	5 %	11.3	14 %	14.3	7.0 %
Händerittern	44.1	13 %	4.7	6 %	24.4	12.0 %
Auslassen von Mahlzeiten morgendl.	69.5	21 %	35.5	42 %	52.5	25.0 %
Suchtbeginn	64.9	20 %	9.7	12 %	37.3	18.0 %
Trinken > 12 h	79.4	24 %	6.3	7 %	42.8	21.0 %
Kontrollverlust	52.9	16 %	16.3	19 %	34.6	17.0 %
Summe	328.1	100 %	83.8	100 %	206.0	100 %

Die absoluten Zahlen messen das durchschnittliche Auftreten eines Symptoms bei einem Rückfälligen (einschließlich der Patienten ohne Symptome) im Verlauf von eineinhalb Jahren. Männer haben signifikant häufiger Symptome als Frauen (U-Test, $z=2.4285$, $p < 0.05$).

Die höhere Anzahl an Symptomen bei Männern basiert hauptsächlich auf einem noch nicht signifikanten "Mehr" an Trinktagen mit Symptomen (U-test, $z=1.6126$, $p > 0.05$). Die mehr Trinktage mit Symptomen erklären sich aus einer höheren Anzahl an Trinktagen (t-test, $d(f) = 28$, $p > 0.05$) und einem prozentual höheren Anteil von "Trinktagen mit Symptomen" an der Gesamtzahl der Trinktage (U-test, $z=1.0489$, $p > 0.05$, Test der Quotienten aus "Trinktage mit Symptomen" geteilt durch "Gesamtzahl aller Trinktage"). Die letzten beiden Ergebnisse sind nicht signifikant.

Männer hatten somit im Trend mehr Trinktage und einen höheren Anteil von "Trinktagen mit Symptomen" an der Gesamtzahl der Trinktage. Dadurch ergab sich dann eine signifikant höhere Anzahl an "Symptomen" im Verlauf der eineinhalb Jahre.

Des weiteren untersuchte ich, ob Patienten mit, bzw. ohne Vortherapie ein unterschiedliches Trinkverhalten hatten. Patienten mit Vortherapie hatten mehr Trinktage (U-test, $z = 0.7834$, $p > 0.05$), mehr Trinktage mit Symptomen (U-test, $z = 1.81$, $p > 0.05$), und einen höheren Quotienten von "Trinktagen mit Symptomen" dividiert durch die "Gesamtzahl der Trinktage" (U-test, $z = 1.90$, $p > 0.05$). Die Signifikanz wurde jeweils verfehlt, allerdings bei den beiden letzten Ergebnissen nur knapp. Patienten mit Vortherapie schienen somit "schwerere" Rückfälle zu haben. Diese "Tendenzen" blieben auch stabil bei einer getrennten Betrachtung nach Geschlecht.

Der Auswertung über die Symptome ist allerdings nur eine beschränkte Aussagekraft zuzubilligen, da nur von 75 % (15) der Frauen und 68 % (15) der Männer Ergebnisse vorliegen.

Konsequenzen

Diese wurden in Anlehnung an den RANDREPORT (1981) zur genaueren Beschreibung der Rückfallsituation erfaßt.

Fünf verschiedene Konsequenzen wurden unterschieden:

- gesundheitliche Konsequenzen: z.B. wird einem Patienten nach Rückfällen von einem Arzt aufgrund eines somatischen Schadens (z.B. an der Leber) ernsthaft angeraten, mit dem Trinken aufzuhören, oder ein Patient begeht einen Suizidversuch während einer Rückfallperiode.
- Aggressionen wie Streit (grundlose Eifersuchtsszenen) oder Raufereien, die durch Rückfälle bedingt sind (ohne gesetzliche Konsequenz)
- Vernachlässigung der Arbeit ("Blau machen") während der Rückfallperiode
- Gesetzesübertretungen wie "Fahren im angetrunkenen Zustand", "Widerstand gegen die Staatsgewalt"
- "Soziale Konsequenzen", z.B. Entmündigung, Scheidung wegen Alkoholismus, Absinken ins Stadtstreichermilieu

Ergebnisse über die anderthalb Jahre liegen von 77 % (17) der Männer und 85 % (17) der Frauen vor. Gewichtigungen bei Patienten, von denen nur Ergebnisse über ein halbes Jahr vorlagen, habe ich nicht vorgenommen, da die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Konsequenzen im Laufe eines Rückfallzeitraumes zunimmt, somit Vorhersagen aus dem ersten halben Jahr über den gesamten Rückfallzeitraum nicht möglich sind. Da insbesondere von fremdkatamnestisch "schwerst rückfälligen Patienten" keine genauen Angaben über die Konsequenzen vorlagen, ist ein "Unterschätzen" des wahren Sachverhaltes möglich.

Im Schnitt traten 3.3 Konsequenzen pro Rückfälligem im gesamten Katamnesezeitraum auf, 4.2 bei den Männern und 2.4 bei den Frauen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern war jedoch nicht signifikant (U-test, $z = 0.896$, $p > 0.05$). Signifikant war allerdings das häufigere Auftreten von Konsequenzen bei Patienten mit Vortherapie (U-test, $z = 2.07$, $p < 0.05$).

Tabelle 38: VERTEILUNG DER KONSEQUENZEN

Konsequenz	Männer (N=17)		Frauen (N=17)		Gesamt (N=17)	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Bereich Gesundheit	1.2	29 %	1.2	50 %	1.2	36 %
Bereich Aggression	1.2	29 %	0.2	8 %	0.7	21 %
Bereich Arbeit	0.8	19 %	0.5	21 %	0.6	18 %
Gesetzeskonflikte	0.4	10 %	-	-	0.2	6 %
Soziale Konsequenz	0.6	14 %	0.5	21 %	0.5	15 %
Gesamt	4.2	100 %	2.4	100 %	3.3	100 %

Die absoluten Zahlen verstehen sich als das durchschnittliche Auftreten einer entsprechenden Konsequenz in den anderthalb Jahren. Bei 15 % (3) der Frauen und 23 % (5) der Männer sind keine Ergebnisse vorhanden.
Soziale Konsequenz: Entmündigung, Scheidung wegen Alkoholum, Absinken ins Stadtstreicher milieu.

Unterschied "Rückfall mit Symptomen" zu "Rückfall mit Symptomen und Konsequenzen"

Dieser Unterschied liegt hauptsächlich in der Zeitdauer des Rückfalls. Von 15 Patienten, die in einer Rückfall-episode nur mit Symptomen ohne Konsequenzen rückfällig waren, hatten 60 % (9) im Schnitt nur 7 Trinktage pro Rückfallperiode bei ca. 37 % (2.6) Trinktagen mit Symptomen. Vier weitere Patienten hatten durchschnittlich 22 Trinktage, Trinktage mit Symptomen lagen zu 19 % (4.25) vor. Nur bei 2 Patienten dauerte der Rückfall länger als 25 Trinktage.

Konsequenzen hatten sich meist erst nach einem längeren Rückfallzeitraum ergeben. Bei 6 Patienten, bei denen dies genau verfolgt werden konnte, traten die Konsequenzen erst nach 14 bis 90 Tagen auf. Einmal traten Konsequenzen bereits nach 7 Tagen Rauschtrinken auf. Hier handelte es sich um einen Rückfall, der mit einem Suizidversuch verbunden war.

3.7 INANSPRUCHNAHME

3.7.1 Besuch von Gruppen

Ambulante Nachsorge (Therapeutische Leitung)

88 % (56) besuchten die ambulante Nachsorge. Zumeist nahmen die Patienten regelmäßig teil. Durchschnittlich wurde die ambulante Nachsorge 4.6 mal besucht, 4.4 mal von den Frauen und 4.7 mal von den Männern. Der Unterschied war nicht signifikant (t-test, $t = 0.58$, $df = 62$, $p > 0.05$). Patienten, die die ambulante Nachsorge besuchten, waren signifikant eher trocken (U-test, $z = 4.047$, $p < -0.05$). Dies blieb auch so bei einer getrennten Betrachtung der Männer (U-test, $z = 3.142$, $p < 0.05$) und Frauen (U-test, $z = 2.3710$, $p < 0.05$).

Tabelle 39: HÄUFIGKEIT DES BESUCHS DER AMBULANTEN
NACHSORGE

Anzahl der Besuche	Frauen		Männer		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
keine	6	16 %	2	7 %	8	13 %
1-2	1	3 %	4	14 %	5	8 %
3-4	2	5 %	5	19 %	7	11 %
5-6	28	76 %	16	59 %	44	69 %
Gesamt	37	100 %	27	100 %	64	100 %

Besuch von Selbsthilfegruppen

Von 31 Männern (6 fehlende Fälle) und 24 Frauen (3 fehlende Fälle) liegen Ergebnisse über die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen über den gesamten Katamnesezeitraum vor. Im Schnitt besuchte ein Patient während der eineinhalb Jahre 23mal eine Gruppe (ohne Ambulante Nachsorge). Dies änderte sich auch nicht bei Unterscheidung zwischen Männern und Frauen. Drei Arten von "Selbsthilfegruppen" wurden unterschieden:

- die "Patientengruppe", ein regelmäßiger privater Treff von ehemaligen Patienten einer Therapiegruppe
- die "Kontaktgruppe", d.h. eine Anlaufgruppe für zukünftige Patienten, die einmal pro Woche von den Therapeuten

auf Station gehalten wurde. Sie war für alle Alkoholiker zugänglich.

- Selbsthilfegruppen wie die "Anonymen Alkoholiker", Blaukreuz, etc.

Tabelle 40: INANSPRUCHNAHME VON SELBSTHILFEGRUPPEN IM KATAMNESEZEITRAUM (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN)

	Männer (N = 31)		Frauen (N = 24)		Gesamt (N = 55)	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Patientengruppe	8.9	39 %	12.0	53 %	10.3	45 %
Stationsgruppe	2.3	10 %	2.1	9 %	2.2	10 %
Sonstige SHG	11.8	51 %	8.4	37 %	10.3	45 %
Summe	23.1	100 %	22.5	100 %	22.82	100 %

Sonstige SHG: Anonyme Alkoholiker, Blaukreuz, etc.
Unbekannt : 3 Frauen, 6 Männer

Die Patientengruppen

Nach dem Ende der Ambulanten Nachsorge waren die Patienten ermuntert worden, die Treffen im privaten Kreis fortzu-

setzen. Keine weiteren Treffs kamen bei zwei Therapiegruppen zustande. Zwei weitere Gruppen hielten 5 Monate. Regelmäßige Treffs zur 18-Monats-Katamnese hatten nur noch 4 Gruppen, in drei Fällen monatlich, einmal wöchentlich. Von den jeweils 10 - 12 Therapiepatienten nahmen nach anderthalb Jahren noch im Schnitt 6 Patienten an den Treffs teil. Selbstverständlich trafen sich bei diesen Treffs auch Patienten mit der Zusatzdiagnose "Tablettenmißbrauch" oder "Tablettenabhängigkeit", Patienten, die in diesem Teil der Auswertung nicht aufgeführt werden. In einem Falle kam es sogar zur Gründung einer Selbsthilfegruppe für Tablettenabhängige. Eine Patientin schloß sich einer anderen Patientengruppe an, als in ihrer Gruppe keine Treffs zustandekamen.

Durchschnittliche Gruppeninanspruchnahme

Es wurde nun versucht, die durchschnittliche Inanspruchnahme von Gruppenbesuchen pro Monat als Maß für die Inanspruchnahmefreudigkeit zu berechnen. Zeiten, die die Patienten in Kliniken verbrachten, wurden nicht in die Berechnungen miteinbezogen. Da es sich bei der ambulanten Nachsorge um eine freiwillige Gruppe handelte, die unter therapeutischer Leitung stand, wurde auch sie in die Berechnung der Inanspruchnahmefreudigkeit der Patienten einbezogen.

Tabelle 41: DURCHSCHNITTliche GRUPPENINANSPRUCHNAHME PRO MONAT (MIT ANGABE DER STANDARDABWEICHUNG)

	Männer (N = 31)	Frauen (N = 24)	Gesamt (N = 55)
Gruppen (mit Ambul.Nachsorge)	1.68±1.57	1.90±1.56	1.78±1.55

Für 9 Patienten liegen keine Ergebnisse vor. Nur Patienten, bei denen Angaben über den gesamten Katamnesezeitraum vorlagen (18 Monate), wurden in die Berechnungen aufgenommen.

Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Inanspruchnahme von Gruppen bestand nicht (U-test, $z = 0.552$, $p > 0.05$).

Die These, daß trockene Patienten eine häufigere Inanspruchnahme von Gruppenterminen aufweisen, mußte zurückgewiesen werden (U-test, $z = -0.5114$, $p > 0.05$). Bei einer getrennten Analyse nach Geschlecht hatten trockene Männer eine leicht erhöhte (U-test, $z = 0.476$, $p > 0.05$), trockene Frauen eine geringere Inanspruchnahme von Gruppen (U-test, $z = 1.432$, $p > 0.05$). Beide Ergebnisse sind nicht signifikant.

Als nächstes wurde die These getestet, ob ein Unterschied in der Gruppeninanspruchnahme zwischen Patienten mit und ohne Vortherapieerfahrung besteht. Es bestand kein

Unterschied (U-test, $z = 0.51$, $p > 0.05$). Bei der Aufschlüsselung nach Geschlecht zeigte sich allerdings, daß Frauen mit Vortherapieerfahrung signifikant häufiger eine Gruppe besuchen (U-test, $z = 2.004$, $p < 0.05$). Bei den Männern fand sich kein Unterschied (U-test, $z = 0.281$, $p > 0.05$).

3.7.2 Einzelgespräche

Von dem Angebot zu Einzelgesprächen machten im ersten Vierteljahr 77 % (49) der Patienten Gebrauch. 42 % (27) brachen nach 1-2 Stunden, weitere 20 % (13) nach 3-4 Stunden ab. Nur 18 % (9) brachten es auf 5 und mehr Stunden.

Vergleich Männer - Frauen, Patienten mit und ohne Vortherapie

Im Schnitt hatten die 55 Patienten, über die Informationen über die gesamte Katamnese vorliegen, im Monat 0.521 mal eine Einzeltherapiesitzung besucht. Frauen hatten diese im Schnitt 0.665 mal, Männer 0.41 mal besucht. Der Unterschied war nicht signifikant (U-test, $z = 1.01$, $p > 0.05$).

Rückfällige Patienten hatten häufiger Einzelgesprächstermine als trockene Patienten (U-test, $z = 1.51$, $p > 0.05$). Dies veränderte sich nicht bei getrennter Betrachtung der Geschlechter. Trockene Männer hatten ebenso weniger Einzelgespräche im monatlichen Durchschnitt (U-test, $z = 0.99$, $p > 0.05$) wie trockene Frauen (U-test, $z = 0.90$, $p > 0.05$). Die Ergebnisse waren nicht signifikant.

Signifikant mehr Einzelgespräche hatten Patienten mit Vortherapie (U-test, $z = 3.22$, $p < 0.05$). Diese Signifikanz blieb bei Aufschlüsselung nach Geschlecht bei den Frauen erhalten (U-test, $z = 2.19$, $p < 0.05$). Männer mit Vortherapie hatten nur im Trend mehr Einzelgespräche (U-test, $z = 0.99$, $p > 0.05$).

Patienten mit längerdauernder Einzelgesprächstherapie

Nach einer Entwöhnung lag für 10 Patienten eine Inanspruchnahme von Einzelgesprächen von mindestens 2 Monaten Dauer bei zumeist wöchentlichen Terminen vor. Ein Patient wurde im 3. Monat, 2 Patienten wurden im 6. Monat und 2 weitere Patienten wurden im wölften Monat der Therapie schwer rückfällig. Eine sechste Patientin trank kontrolliert während der Einzelgespräche. Trocken bei bestehender Einzeltherapie blieben 3 Patienten. Hier hatte die

Psychotherapie 3, 10 oder 18 Monate gedauert. Somit wurden 6 Patienten trotz bestehender Einzeltherapie rückfällig und nur 3 Patienten blieben trocken während der Einzelgespräche.

Ein 10. Patient, der regelmäßige Einzelgespräche in den ersten beiden Monaten nach Therapie in Anspruch genommen hatte, wurde 6 Monate später rückfällig.

3.7.3 Klinische Inanspruchnahmen

Insgesamt wurden 3 Arten von klinischen Inanspruchnahmen unterschieden:

- Kriseninterventionen: definitionsgemäß ein durch einen Rückfall bedingter Aufenthalt in einem Krankenhaus von mindestens einer Nacht und maximal 3 Tagen Dauer
- Entzüge
- Entwöhnungen

Zum Ende der ambulanten Nachsorge waren 2 Frauen auf einer erneuten Entwöhnung und ein Mann auf einem erneuten Entzug.

Nach einem halben Jahr (6-Monats-Katamnese) hatten zwei Frauen eine Krisenintervention benötigt, 3 Frauen und ein Mann hatten bereits einen Entzug und jeweils ein Mann und eine Frau eine Entwöhnung hinter sich. Auf Entwöhnung befanden sich 2 Männer und 2 Frauen.

Bis zur 18-Monats-Katamnese hatten 2 Männer und eine Frau Kriseninterventionen benötigt. 2 Männer und 3 Frauen hatten einen Entzug, eine Frau mehrere Entzüge benötigt. Eine Entwöhnung hatten 5 Männer und 2 Frauen, mehrere Entwöhnungen 2 Männer und 3 Frauen. Zum Zeitpunkt des Interview befanden sich 5 Patienten (2 Männer, 3 Frauen) auf Therapie.

Rückfällig auf einer Entwöhnungstherapie waren 2 Männer und eine Frau. Ein Mann hatte sowohl einen Entzug als auch eine Entwöhnung abgebrochen.

Tabelle 42: KLINIKINANSPRUCHNAHMEN

	Ambul. Nachs. (6 Wochen nach Therapieende)	6-Monats- katamnese	18-Monats- katamnese
Krisenintervention	-	2	3
Entzug	1	4	6
Entwöhnung	2	6	12

Mehrfachnennungen sind in dieser Tabelle ausgeschlossen.

Einer erneuten klinischen Behandlung seit Entlassung von der Nußbaumstraße hatten somit sich 28 % (18) der Patienten unterzogen. 3 weitere Patienten hatten eine Krisenintervention benötigt.

Von den 18 erneuten stationären Aufnahmen fanden 10 in den ersten 3 Monaten nach einem Alkoholrückfall statt. Eine Entwöhnung wurde stets binnen 3 Monaten an einen Entzug angeschlossen, in der Hälfte der Fälle sogar sofort nach dem Entzug.

Tabelle 43: ERSTE KLINISCHE INANSPRUCHNAHME NACH ERSTEM ALKOHOLRÜCKFALL

Zeitpunkt	Männer	Frauen	Gesamt
im ersten Monat	3	3	6
im 2.,3. Monat	3	1	4
im 4.-6. Monat	0	3	3
im 7.-9. Monat	2	1	3
noch später	1	1	2
Gesamt:	9	9	18

Von 3 Patienten ist nicht bekannt, ob sie sich nach dem Rauschtrinken im Laufe des Katamnesezeitraumes in eine Klinik begaben.

Die Frage, ob Patienten, die nach unserer Sechs-Wochen-Therapie rückfällig wurden und eine erneute Therapie benötigten, nach anderen Therapien einen besseren Heilungserfolg zeigten, ist für die 11 der 12 Patienten, über die entsprechende Ergebnisse vorliegen, mit "Nein" zu beantworten. 5 Patienten bedurften einer mehrfachen Entwöhnung, und 6 der 7 Patienten, die im Katamnesezeitraum nur eine Entwöhnung besuchten, waren zur 18-Monats-Katamnese bereits wieder schwer rückfällig.

3.8 PRÄDIKTOREN

3.8.1 Methodik

Aufgrund der niedrigen Patientenzahl von 64 erwies sich die Suche nach Prädiktoren als besonders problematisch. So konnte z.B. keine Absicherung der gefundenen Ergebnisse über die split-half Methode vorgenommen werden, und auch durch die Mehrfachtestung von verschiedenen Hypothesen wurde der Fehler 1. Ordnung erhöht, d.h., daß signifikante Veränderungen angenommen werden, obwohl keine vorliegen.

Ziel war es, verschiedene Prädiktormodelle zu erstellen und die Wechselwirkungen der verschiedenen Prädiktoren aufeinander zu untersuchen.

Ich ging folgendermaßen vor:

1. Abhängige Variable war der Rückfall, und zwar als dichotomisierte Variable: trocken - rückfällig
2. Auch die Prädiktoren wurden dichotomisiert, wobei darauf geachtet wurde, daß bei Variablen auf Ordinalskalen- oder Intervallskalenniveau um den Median halbiert wurde.
3. In einer Vortestung wurden die einzelnen Prädiktoren nach dem Chi-Quadrattest untersucht, ob eine Verwendung im Modell überhaupt erfolgversprechend ist.
4. Nun wurden Thesen formuliert, wobei jeweils 2 Prädiktoren zu Paaren gekoppelt wurden, um deren Wechselwirkung zu erfassen.
5. Die Testung erfolgte im hierarchischen loglinearen Modell mit SPSSX. Es wurde rechnerisch eine 3-dimensionale Kreuztabelle aus den 3 dichotomisierten Variablen erstellt. Es wurde getestet, ob durch Weglassen von Schätzparametern das Modell vereinfacht werden kann, oder ob sich dadurch eine signifikante Verschlechterung der Modellanpassung ergibt. Daraus kann auf das Vorhandensein eines Wechselwirkungseffektes zwischen den beiden Prädiktoren geschlossen werden.
6. Ergaben sich nur für das saturierte Modell gute Anpassungswerte (p (Likelihood Ratio Chiquadrat) > 0.05), so wurde eine Wechselwirkung der beiden ins jeweilige loglineare Modell aufgenommenen Prädiktoren in ihrer

Auswirkung auf den Trinkstatus angenommen.

7. Ein gefundenes Prädiktormodell wurde dann anhand der vorhandenen Zellohäufigkeiten interpretiert.

Folgende Probleme beinhaltet dieses Vorgehen:

1. Durch Mehrfachtestung von Modellen Erhöhung des alpha-Fehlers

2. Weitere Erhöhung des alpha-Fehlers durch vorhergehendes "Screening".

3. Prädiktorenmodelle werden nur akzeptiert, wenn ein Wechselwirkungseffekt zwischen den einzelnen Prädiktoren nachgewiesen werden kann. Für nicht akzeptierte Modelle bedeutet dies nur, daß kein Wechselwirkungseffekt vorhanden ist. Dabei ist es durchaus möglich, daß ein wichtiger Prädiktor nur ungünstig kombiniert wurde, so daß kein Wechselwirkungseffekt entstand und die Modelle abgelehnt werden mußten.

3.8.2 Prädiktorenvortestung

12 Variablen wurden auf ihre Prädiktoreigenschaften untersucht. Sie wurden dichotomisiert und dann im Vierfeldertest der Rückfallvariablen mit den Ausprägungen "trocken", "rückfällig" gegenübergestellt.

Lebensform

91 % (22) der allein lebenden Patienten waren rückfällig, trocken nur 8 % (2). Bei einer bestehenden Partnerschaft, gleichgültig ob getrennt oder gemeinsam wohnend, waren von den 40 Patienten 50 % (20) trocken und 50 % (20) rückfällig. Der Unterschied war signifikant ($\chi^2 = 9.77$, $d(f) = 1$, $p < 0.05$).

Phi-Wert: 0.425

Berufliche Stellung

Angehörige von Berufsgruppen mit einem relativ niedrigen Ausbildungsstand wie ungelernte oder angelernte Arbeiter und ausführende Angestellte wurden zusammengefaßt. Zugeteilt wurden dieser Gruppierung auch seit mindestens 3 Monaten arbeitslose Patienten. Es zeigte sich, daß in dieser Gruppierung 81 % (21) der 26 Patienten rückfällig waren. Bei allen anderen Berufen waren nur 55 % (21) rückfällig, 45 % (17) waren trocken. Das Ergebnis war jedoch nicht signifikant ($\chi^2 = 3.39$, $d(f) = 1$, $p > 0.05$).

Phi-Wert: 0.230

Summe der anamnestisch erfaßten Konsequenzen

Damit sind genau definierte "Folgen" des Alkoholismus gemeint, z.B. "Führerscheinentzug wegen Fahrens im angetrunkenen Zustand", "Errichtung einer Pflegschaft", "Arbeitsplatzverlust oder Scheidung wegen Alkoholismus", etc. Auch Suizidversuche wurden in diese Kategorie aufgenommen, da es sich hier oft um eine Kumulation von umfeldbedingten und suchtbedingten Problemen handelt. Um eine Halbierung um den Median zu erreichen, wurden Patienten, die eine oder keine Konsequenz aufwiesen, der Gruppe mit zwei oder mehr Konsequenzen gegenübergestellt. Von den 36 Patienten mit einer oder keiner Konsequenz in der Vorgeschichte waren zur 18-Monats-Katamnese 53 % (19) trocken und 47 % (17) rückfällig. Mehr als eine Konsequenz hatten 28 Patienten. Von diesen waren 89 % (25) rückfällig, 11 % (3) trocken. Der Unterschied war signifikant ($\chi^2 = 10.56$, , $d(f) = 1$, $p < 0.05$).

Phi-wert: 0.439

Dauer des Alkoholabusus in Jahren

Die Patienten wurden gefragt, seit wann sie mehr trinken als ihnen gut tue. Patienten, die bis zu 10 Jahre, und Patienten, die mehr als 10 Jahre Mißbrauch betrieben, wurden jeweils einer Kategorie zugeordnet. Patienten mit

kürzerer Zeit des Abusus (N = 34) waren zu 65 % (22) rückfällig, Patienten mit längerer Abusudauer (N = 30) zu 67 % (20). Das Ergebnis war nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0.0, , d(f) = 1, p > 0.05).

Phi-wert: 0.021

Rückfall vor Therapiebeginn

Darunter wurde sowohl ein Rückfall nach einem Entzug für unsere Entwöhnung verstanden, als auch ein Rückfall 3 Wochen vor Therapiebeginn bei Nichtinanspruchnahme eines Entzuges. Es wurde deshalb ein Zeitraum von 3 Wochen gewählt, weil ein Patient vor Therapiebeginn drei "Pflichttermine" in der wöchentlichen Stationsgruppe hatte, d.h. der spätestmögliche Kontakt zur Therapieleitung fand 3 Wochen vorher statt. 7 Patienten wurden aus der Wertung genommen, da sie sofort nach dem Entzug zur Entwöhnung eingewiesen wurden, d.h. ein entsprechender Rückfallzeitraum lag nicht vor. Von den Patienten ohne Rückfall (N = 28) blieben 54 % (15) trocken, von den Patienten mit Rückfall (N = 29) nur 17 % (5). Der Unterschied war statistisch signifikant (Chi-Quadrat = 6.73723, d(f) = 1, p < 0.05).

Phi-wert: 0.380

Auftreten von Krampfanfällen, Delirien oder Halluzinationen in der Vorgeschichte

von den 74 Patienten, bei denen in der Vorgeschichte ein Delir, ein Krampfanfall oder eine Halluzination aufgetreten war, blieben 25 % (6) trocken. Bei Nichtauftreten eines entsprechenden Ereignisses (N = 40) blieben 40 % (16) trocken. Der Unterschied war allerdings nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0.905, d(f) = 1, $p > 0.05$).

Phi-wert: 0.153

Auftreten von Toleranzverlust in der Vorgeschichte

Patienten mit Toleranzverlust (N = 17) waren zu 41 % (7) trocken, Patienten ohne Toleranzverlust (N = 47) zu 32 % (15). Ein signifikanter Unterschied bestand nicht (Chi-Quadrat = 0.153, d(f) = 1, $p > 0.05$).

Phi-wert: 0.086

Kinder im Haushalt

Bei 13 Patienten lebten noch im Haushalt die Kinder. Die Frage, ob sich diese besondere familiäre Situation stabilisierend auswirkte, deutete sich zwar an, war aber nicht signifikant. Von den 13 Patienten mit Kindern im Haushalt waren 54 % (7) rückfällig, bei den anderen Patienten (N = 51) 69 % (35). Eine Signifikanz nach dem Vierfeldertest ergab sich nicht (χ^2 -Quadrat = 0.45507, $d(f) = 1$, $p > 0.05$).

Phi-wert: 0.125

Alter des Patienten

Um zwei Gruppen zu erhalten, teilte ich die Patienten gemäß dem Median. Jüngere Patienten waren höchstens 37 Jahre, ältere Patienten mindestens 38 Jahre alt. Bei den älteren Patienten waren 49 % (15 von 31) trocken, bei den jüngeren nur 21 % (7 von 33). Der Vierfeldertest war signifikant (χ^2 -Quadrat = 4.097, $d(f) = 1$, $p < 0.05$).

Phi-wert: 0.286

Geschlechtszugehörigkeit

Trocken blieben 26 % (7 von 27) der Frauen und 41 % (15 von 37) der Männer. Das Ergebnis war nicht signifikant (Chi-Quadrat = 0.901, $d(f) = 1$, $p > 0.05$).

Phi-wert: 0.152

Vortherapie

Patienten, die zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal einen Entzug oder eine Entwöhnung besucht hatten, blieben nur zu 17 % (5 von 29) trocken, Patienten ohne Vortherapie zu 49 % (17 von 35). Das Ergebnis war signifikant (Chi-Quadrat = 5.58, $d(f) = 1$, $p < 0.05$).

Phi-wert: 0.328

Trinkmenge

Um die Einflußgröße "Geschlecht" auszuschalten, wurden Männer und Frauen getrennt und um den jeweiligen Median unterteilt. Frauen durften bis zu 130 g Alkohol, Männer bis zu 210 g Alkohol pro Trinktag trinken, um in die

"weniger trinkende" Gruppe eingeteilt zu werden. In dieser befanden sich dann 52 % der Frauen (14 von 27 Patienten), und 51 % (19 von 37) der Männer. Patienten, die weniger tranken, waren zu 52 % (17 von 33) trocken. Bei einer höheren Trinkmenge blieben nur 16 % (5 von 31) trocken. Der Unterschied war signifikant (Chi-Quadrat = 8.38, $d(f) = 1$, $p < 0.05$).
Phi-wert: 0.395

3.8.3 Testung der gegenseitigen Beeinflussung der Prädiktoren im loglinearen Modell

Wie bereits erwähnt, wurde die gegenseitige Beeinflussung von 2 Prädiktoren mithilfe eines loglinearen Modells getestet. Es wurde eine dreidimensionale Kreuztabelle (die beiden Prädiktoren mit der abhängigen Variablen Rückfall) erstellt und getestet, ob sich durch Weglassen von Schätzparametern eine signifikante Verschlechterung der Modellanpassung ergab. Eine Wechselwirkung lag vor, wenn sich nur für das saturierte Modell gute Anpassungswerte ergaben (p (Likelihood Ratio Chi Quadrat) > 0.05).

Prädiktorenmodell "Alter" und "Lebensform"

Alle Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Parametern, wie sie im saturierten Modell vorliegen, waren für eine ausreichende Modellanpassung nicht notwendig. Bei einem Freiheitsgrad war noch keine signifikante Verschlechterung der Modellanpassung vorhanden (Ratio Chiquadrat = 3.18, $d(f) = 1$, $p > 0.05$).

Prädiktorenmodell "Trinkmenge" und "Geschlecht"

Hier ergab sich nur für das saturierte Modell eine gute Anpassung (Likelihood Ratio Chiquadrat = 4.99, $d(f) = 1$, $p < 0.05$). Bei einer geringen Trinkmenge waren Frauen zu 50 % (7) trocken, Männer zu 56 % (10 von 18). Bei einer hohen Trinkmenge waren alle Frauen (13) rückfällig, Männer zu 74 % (14 von 19).

Prädiktorenmodell "Rückfall vor Therapie" und "Vortherapie"

Selbst bei Fehlen von 2 Wechselwirkungseffekten kommt es noch zu keiner signifikanten Verschlechterung des Modells. (Likelihood ratio Chiquadrat = 1.296, , $d(f) = 2$, $p > 0.05$).

Prädiktormodell "Alter" und "Vortherapie"

Auch hier mußten nicht alle Wechselwirkungseffekte der Variablen bekannt sein, um keine signifikante Verschlechterung des Modells zu erhalten. (Likelihood ratio Chiquadrat = 2.878, $d(f) = 1$, $p > 0.05$).

Prädiktormodell "Konsequenzen in der Anamnese" und "Vortherapie"

Hier waren wieder alle Wechselwirkungen im Modell notwendig (Likelihood ratio Chiquadrat = 3.861, $d(f) = 1$, $p < 0.05$). 73 % (16) der Patienten, die höchstens eine Konsequenz in der Vorgeschichte hatten, und die noch auf keiner Vortherapie waren, blieben trocken. Bei höchstens einer Konsequenz und Vortherapie blieben 21 % (3) trocken,

bei mehreren Konsequenzen und keiner Vortherapie 7.7 % (1), und bei Vorliegen von mehreren Konsequenzen und einer Vortherapie 13 % (2).

Prädiktormodell "Konsequenzen in der Vorgeschichte" und "Rückfall vor Therapie"

Eine Kenntnis aller Wechselwirkung ist nicht notwendig (Likelihood ratio Chiquadrat = 1.99, $d(f) = 2$, $p > 0.05$).

Prädiktormodell "Vortherapie" und "Geschlecht"

Auch hier ist nicht die Kenntnis aller Wechselwirkungen im Modell für eine ausreichende Modellanpassung ohne signifikante Veränderung der Residuen notwendig (Likelihood ratio Chiquadrat = 3.39, $d(f) = 4$, $p > 0.05$).

Prädiktormodell "Lebensform" und "Geschlecht"

Hier genügt bereits das Wissen um die Wechselwirkung der Variablen "Lebensform" mit der Variablen "Rückfall", um eine ausreichende Modellanpassung zu erhalten (Likelihood ratio Chiquadrat = 3.49, $d(f) = 4$, $p > 0.05$).

Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Prädiktorenmodellen

Eine günstige Prognose fand sich für Patienten, die höchstens eine Konsequenz in der Anamnese aufwiesen und noch keine Therapie früher besucht hatten (73 % (16) trocken).

Eine ungünstige Prognose ist bei Frauen zu erwarten, die mehr als 130 g Alkohol am Tag tranken. Bei dieser Konstellation waren alle Patienten rückfällig.

4. DISKUSSION

Es wurden eine prospektive Studie an einem Kollektiv von 64 Patienten durchgeführt, die alle nach den Kriterien von DSM III (1981) von Alkohol abhängig waren. Die Klassifizierung nach DSM III wurde wegen der ausführlicheren Beschreibung, klareren Einteilung und höheren Restriktivität (BOYD e.a., 1983) im Gegensatz zur Einteilung nach ICD-9 gewählt. Auch ist bei den Diagnosen nach ICD-9 die Interraterreliabilität gering (FEUERLEIN, KÜENER, FLOHR-SCHULTZ, 1986), so daß die Vergleichbarkeit verschiedener Studien auf der Basis dieser Diagnosen eingeschränkt ist. Patienten, die noch andere Suchtdiagnosen oder ein schwerwiegendes organisch bedingtes Gehirnleiden hatten, bzw. an einer Schizophrenie litten, wurden gesondert ausgewertet. Ziel dieses restriktiven Vorgehens war es, eine Gruppe von "reinen" Alkoholikern für die Überprüfung meiner Thesen zu bilden. Zugleich sollte durch die Verwendung "harter", für jeden nachvollziehbarer Definitionen die Vergleichbarkeit zu anderen Studien erhöht werden.

Da es als nicht günstig angesehen wird, wenn Klinikmitglieder die katamnestischen Erhebungen durchführen, wurden mein Kollege Herr KUPAT und ich als Doktoranden damit be-

traut.

Bevor man sich an die Auswertung wagt, hat man sich die Frage zu stellen, ob die Ausschöpfungsquote der Katamnesen für eine sinnvolle Auswertung in einem akzeptablen Bereich liegt. Nach dem RANDREPORT (1981) sind 60 - 70 % ausreichend. Wir hatten im Schnitt eine Ausschöpfungsquote von 80 %. Bezogen auf die Rückfalleinteilung "trocken - leicht rückfällig - schwer rückfällig" waren unter Einbeziehung fremdkatamnestischer Angaben sogar für alle Patienten Ergebnisse vorhanden. Ein Patient verstarb im 15. Monat des Befragungszeitraumes. Er war trocken geblieben und wurde in die Auswertung mitaufgenommen.

4.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE

Der relativ hohe Frauenanteil von 42 % (27) war durch die Räumlichkeiten bedingt. Jeweils ein größeres Zimmer stand für die Frauen, bzw. die Männer zur Verfügung. Ansonsten lassen sich die soziodemographischen Daten durchaus mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichen. So betrug das Durchschnittsalter 37 Jahre (Studie des Max-Planck-Instituts: 39 Jahre), war mit 31 % (20) ein entsprechender Prozentsatz der Patienten ledig (Studie des Max-Planck-Instituts: 24 %) und waren 14 % (9) der Patienten seit mindestens 3 Monaten arbeitslos (Studie des Max-Planck-Instituts: 23 %). Der Anteil der un- und angelernten Arbeiter war bei uns mit 14 % (9) relativ niedrig. JOHN (1985), der für eine Vergleichsstudie zwischen "Patienten

auf Therapie" und "Patienten in Entzugsbehandlung" alle 1982 entlassenen Entwöhnungspatienten erfaßt hatte, fand bei den Männern 36 % und bei den Frauen 25 % un- und angelernte Arbeiter.

Frauen waren in dieser Studie im Trend mehr zu oberen Schichten orientiert. Dies steht im Einklang mit der These FEUERLEINS (1984), daß bei Frauen der Alkoholismus in den höheren sozialen Schichten häufiger vorkommt. Seine These, daß Männer bevorzugt zu den oberen und untersten sozialen Schichten gehören, fand sich in meiner Untersuchung nicht bestätigt. Dies liegt sicherlich auch daran, daß der Begriff "Schicht" oft uneinheitlich verwendet wird. So schreibt TROJAN (1980), der die Ergebnisse mehrerer epidemiologischer Studien auswertete: "Offenbar läßt sich in dieser Frage jede Ansicht belegen. Zum großen Teil liegen die widersprüchlichen Resultate an den unterschiedlichen Forschungsmethoden, insbesondere an den verschiedenen Operationalisierungen des Schichtbegriffes."

4.2 SUCHTANAMNESE

Männer tranken häufiger Bier, Frauen vermehrt Wein. Da nach FEUERLEIN und KÜFNER (1977) beim Alkoholkonsum regionale Unterschiede herrschen (in Bayern wird zum Beispiel mehr Bier, dafür weniger Schnaps getrunken), ist diesem Ergebnis keine besondere Bedeutung beizumessen.

Das Ergebnis von KALLERT und LUNGERSHAUSEN (1987), wonach Frauen öfter destillierte Alkoholika zu sich nehmen, fand sich nicht bestätigt. In unserer Studie tranken sowohl Männer als auch Frauen zu je 19 % Schnaps, bzw. Bier.

Nach anamnestischen Daten tranken Frauen signifikant weniger als die Männer, tranken sie signifikant häufiger zuhause, und wiesen sie signifikant mehr Suizidversuche auf. Auch in der Studie des Max-Planck-Instituts ließen sich diese Unterschiede beobachten. Die hohe Suizidgefährdung der weiblichen Alkoholiker bestätigen KALLERT und LUNGERSHAUSEN (1987). Auch fanden sie, daß Frauen vermehrt daheim und allein trinken.

4.3 KATAMNESESITUATION UND RÜCKFALLSTATUS

Zu allen 3 Befragungszeitpunkten waren Patienten, die über Nachinterviews erreicht werden mußten, bzw. nicht erreicht werden konnten, signifikant eher rückfällig als alle anderen Patienten. Dies stimmt mit den Ergebnissen von MOOS und BLISS (1978) überein, die fanden, daß Patienten, die schwieriger zu erreichen sind, ein "poorer outcome" zeigen.

4.4. RÜCKFALLSTATUS

4.4.1 Vergleich zu EMRICK'S Literaturstudie (1974)

EMRICK (1974) faßte die Ergebnisse von 255 Katamnesen zusammen und fand, daß zum Katamnesezeitpunkt im Schnitt 31.9 % aller Patienten trocken und 43.4 % entweder trocken oder noch ohne Rauschtrinken rückfällig waren. In unserem Fall sind 34 % (22) trocken, 47 % (30) sind entweder trocken oder trinken ohne Auftreten von Symptomen. Das Ergebnis zeigt, daß die Erfolgszahlen der Therapie in der Münchner Universitätsklinik sich durchaus mit den Ergebnissen von EMRICK (1974) vergleichen lassen.

Ein Nachteil der Literaturübersicht von EMRICK (1974) ist, daß Katamnesen mit unterschiedlichen Befragungszeitpunkten zusammengeworfen wurden.

4.4.2 Vergleich zur Verbundstudie des Max-Planck-Instituts (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986)

Auch hier differierten die Rückfallkategorien. In meiner Kategorie "leicht rückfällig", die in etwa der Kategorie "gebessert" der Untersuchung des Max-Planck-

Instituts entspricht, erfaßte ich keine Patienten, die kontrolliert tranken, aber schon Konsequenzen aufwiesen. So wird eine Patientin bei mir schon als schwer rückfällig eingestuft, während sie in der MPI-Studie noch als "gebessert" bezeichnet wird. Zur besseren Gegenüberstellung habe ich meine Rückfallerfassung an die des Max-Planck-Instituts angepaßt. Verglichen habe ich die Erfolgsquote unserer Therapie mit den Ergebnissen der Kurzzeittherapien (6 - 8 Wochen Therapiedauer) der Verbundstudie des Max-Planck-Instituts.

Tabelle 44: 18-MONATS-KATAMNESEN DER MÄNNER: VERGLEICH UNSERER THERAPIE MIT DEN KURZZEITTHERAPIEN DER VERBUNDSTUDIE DES MAX-PLANCK-INSTITUTES (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHR-SCHÜTZ, 1986)

Rückfallkategorie	Unsere Therapie		Andere Kurzzeittherapien	
	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	15	40.5 %	117	54.9 %
gebessert	3	8.1 %	20	9.4 %
schwer rückfällig	10	51.4 %	76	35.7 %

Bei den Frauen ergibt sich folgendes Bild.

Tabelle 45: 18-MONATS-KATAMNESEN DER FRAUEN: VERGLEICH UNSERER THERAPIE MIT DEN KURZZEITTHERAPIEN DER VERBUNDSTUDIEN DES MAX-PLANCK-INSTITUTES (FEUERLEIN, KÜFNER, FLOHR-SCHÜTZ, 1986)

Rückfallkategorie	Unsere Therapie		Andere Kurzzeittherapien	
	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	7	25.9 %	40	40.8 %
gebessert	5	16.5 %	10	10.2 %
schwer rückfällig	15	55.5 %	48	49.0 %

In beiden Fällen schnitt die Therapie in der Nußbaumstraße schlechter ab. Eine Erklärung gibt vielleicht WIESER (1972): "Für den Ausgang einer Therapie sind prognostische Kriterien bedeutsamer als spezielle Techniken."

Wichtige Einflußgrößen auf die Selektion eines prognostisch günstigen, bzw. ungünstigen Patientengutes sind nach MILLER e.a. (1970):

- Bekanntheitsgrad des Behandlungsprogramms

Unsere Therapie war noch neu. Aufgrund mangelnder "Erfahrungswerte" bei den einweisenden Institutionen, ob ein Patient für diese Therapie geeignet ist oder nicht, wurde von diesen noch keine Vorauswahl getroffen.

- die zugrundeliegende Alkoholismusdefinition

Im Gegensatz zur Studie des Max-Planck-Institutes definierten wir Alkoholabhängigkeit nicht nach ICD-9, sondern nach DSM III. Da diese Definition "härter" ist, kann es zu einer Verschiebung zu einem ungünstigeren Patientengut gekommen sein. Auch nahmen wir Patienten mit zusätzlichen Suchtdiagnosen, wie z.B. Tablettenmißbrauch, aus der Auswertung. Dadurch ergibt sich eine weitere Einschränkung der Vergleichbarkeit, denn nach Maßgabe der MPI-Studie haben Patienten mit zusätzlichem Tablettenmißbrauch eine bessere Prognose (66.8 % im Vergleich zu 50.7 % trocken), und Patienten mit zusätzlicher Medikamentenabhängigkeit eine schlechtere Prognose (45 % trocken) als reine Alkoholabhängige.

- die Dauer der Wartezeit eines Patienten auf einen Therapieplatz

Therapien mit einem prognostisch günstigeren Patientengut haben lange Wartezeiten. Unsere Therapie hatte fast keine Wartezeiten, sowohl durch den hohen "Patientenumsatz" als auch durch die ersten "Anlaufschwierigkeiten" bedingt (wir

untersuchten die ersten 8 Gruppen). Dadurch hatten prognostisch ungünstige Patienten weder Gelegenheit, "abzuspringen", noch konnten sich die Therapeuten prognostisch günstige Patienten "aussuchen".

Eine nicht zu unterschätzende Einflußgröße stellt auch die Großstadtumgebung dar. Bei der Studie des Max-Planck-Institutes wurde z.B. ein Wohnort von Großstadtgröße bei Männern als negativer Prädiktor gefunden. Während in der MPI-Studie nur 32 % der Männer aus einer Großstadt kamen, waren es bei uns 81 % (30).

Nach Maßgabe der Studie des Max-Planck-Institutes sind für die Behandlung von Patienten mit schlechten prognostischen Kriterien ein günstiger Personal-/Patientenschlüssel, die getrennte Behandlung von Frauen und Männern und die Einhaltung einer langen Wartezeit wichtig. Zusätzlich soll ein Informationsabend zur Lebensplanung gehalten werden. Hiervon war bei uns nur der günstige Personal-/Patientenschlüssel gegeben. Hinzu kommt, daß wir auch allein von Tabletten abhängige Patienten behandelten, wodurch die Homogenität der Gruppen weiter herabgesetzt wurde.

Nach der Studie des Max-Planck-Institutes war unsere Therapie durch das Angebot regelmäßiger Einzeltherapie, eines umfassenden Spektrums therapeutischer Medien und der intensiven Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie eher für prognostisch günstige Patienten geeignet, die wir aufgrund der besonderen "Auswahlsituation" jedoch nicht bekamen.

4.4.3 Vergleich zu anderen deutschsprachigen Literaturarbeiten

Für MATAKAS e.a. (1977) ist nach einer Entwöhnung eine Besserungsrate von 40 - 50 % (einschließlich der Patienten, die erneut kontrolliert trinken) normal. Auch hier liegen wir im postulierten Normbereich. Nach FEUERLEIN (1984) bleiben nach einem Jahr etwa 25 % trocken und weitere 25 % sind als "gebessert" zu betrachten, wobei die Erfolgsquoten bei günstiger Selektion auf 80 % steigen können. Auch mit diesen Angaben lassen sich unsere Ergebnisse vereinbaren. Ein Vergleich mit der übrigen deutschen Literatur ist schwierig, da wichtige Daten über die entsprechenden Patientenpopulationen oft nicht vorliegen. KLEIT, HANEL und BÜHRINGER (1984), die 11 deutschsprachige Katamnesen untersuchten, mußten feststellen, daß eine gemeinsame Auswertung der Ergebnisse nur beschränkt möglich ist. Es fehlten Angaben über die Zahl der aufgenommenen Personen und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. Therapieabbrecher wurden konsequent aus den Nachuntersuchungen herausgelassen. Auch wurden oft willkürliche Kriterien für die Aufnahme in eine Studie festgelegt, so z.B. das erfolgreiche Abschließen eines Therapieabschnittes.

4.4.4 Vergleich zum RANDREPORT (1981)

Im RANDREPORT (1981) wurde das Jahr vor dem Interview auf Rückfälle untersucht. Angewendet wurde eine 7-stufige Rückfallkategorie mit den Ausprägungen "1 Jahr trocken", "6 - 11 Monate trocken", "Trinken einer geringen Menge Alkohols", "Trinken einer hohen Menge Alkohols", "Auftreten von Symptomen", "Auftreten von Konsequenzen" und "Auftreten von Konsequenzen und Symptomen". Im Gegensatz zum RANDREPORT (1981) legte ich bei den Männern 60 g Alkohol als Grenze zur hohen Trinkmenge fest, und bei den Frauen übernahm ich die Vorgabe der Studie des Max-Planck-Institutes, 30 g. Auch erfaßte ich mehr Konsequenzen.

Es fanden sich bei mir mit 44 % (15) doppelt soviel "1-year abstainers" als im RANDREPORT. Dies liegt sicherlich daran, daß wir schon nach eineinhalb Jahren unsere Rückfallklassifikation erstellten, und nicht erst nach 4 Jahren wie im RANDREPORT. Die Behauptung, daß ein "Schnappschuß" nach 18 Monaten ein exzellentes Bild der Ergebnisse nach 4 Jahren bietet, kann ich somit nicht unterstützen. Ein unterschiedlicher Rückfallstatus von Frauen und Männern ließ sich bei meinen Ergebnissen nur bei den "high quality" Trinkern finden (höhere Trinkmenge).

Tabelle 46: VERGLEICH UNSERER THERAPIE MIT DEM
RANDREPORT

	RANDREPORT Männer	Unsere Therapie Männer	Frauen
1-year abstainers	21 %	44.1 %	33.3 %
abstained 6-11 months	7 %	2.9 %	0.0 %
low quality	8 %	2.9 %	4.2 %
high quality	10 %	5.9 %	25.0 %
symptoms	12 %	5.9 %	4.2 %
consequencies	6 %	-	4.2 %
symptoms and conseq.	36 %	38.2 %	29.2 %
	100 %	100 %	100 %

Für 3 Männer und 3 Frauen liegen keine Ergebnisse vor.

Symptome

Im Randreport (POLICH e.a., 1981) wurden Symptome nur bei Rückfällen im letzten halben Jahr vor dem Interview erfragt. Bezugszeitraum war das Monat vor dem letzten Rückfall. Ich erfaßte alle Symptome, die im Katamnesezeitraum auftraten. Sowohl in meiner Untersuchung als auch im Randreport traten bei den Männern am häufigsten "Auslassen von Mahlzeiten", "morgendlicher Suchtbeginn" und "Trinken länger als 12 Stunden auf". Bei den Frauen dominierte "Auslassen von Mahlzeiten", gefolgt von "Kontrollverlust" und "Auftreten von Filmrissen".

Konsequenzen

Die Besonderheit unserer Rückfallerfassung und der des RANDREPORTS (1981) ist die Erfassung von Konsequenzen, d.h. von gesellschaftlichen Sanktionen, wie z.B. einer Gefängnisstrafe, oder von Verhaltensweisen des Patienten, die auf eine schwere Rückfallperiode schließen lassen, wie z.B. "Vernachlässigung der Arbeit" oder ein Suizidversuch. Patienten mit Konsequenzen im Verlauf von Rückfallperioden wurden als "schwer rückfällig" eingestuft, auch wenn keine Symptome aufgetreten waren. Dies betraf eine Frau, die trotz bestehenden Leberschadens und wiederholtem ärztlichen Verbot weiter trank. Im Gegensatz zum RANDREPORT (1981) nahmen wir bei der Erfassung der Konsequenzen 2 Änderungen vor. Zum einen wurden die Konsequenzen aller Rückfallperioden gezählt, nicht nur die des letzten halben Jahres, und zum anderen wurde das Spektrum der Konsequenzen weiter gesteckt. So zählten wir auch eine Krisenintervention oder einen Suizidversuch zu den gesundheitlichen Konsequenzen. Bei den gesetzlichen Konsequenzen wurde nicht nur das Fahren im alkoholisierten Zustand, bzw. eine Gefängnisstrafe erfaßt, sondern allgemein jede gesetzliche Bestrafung im Zusammenhang mit der Sucht. Die Konsequenzen "Rauferei" oder "suchtbedingtes aggressives Verhalten", wie sie im RANDREPORT (1981) genannt werden, werteten wir bereits nach dem ersten Auftreten (Randreport: zweimaliges Auftreten). Neu wurde eine fünfte, d.h. soziale Konsequenz definiert, unter der "eine Entmündigung, Pflegschaft wegen Trinkens, Scheidung wegen Alkohols, oder das Absinken ins Stadtstreichermilieu" verstanden wurde.

Bei männlichen Patienten traten am häufigsten Konsequenzen aus dem Bereich "Gesundheit" auf. Dann folgten die Konsequenzen "Aggression" und "Arbeitsvernachlässigung". Seltener traten die Konsequenzen "soziale Konsequenz" und "gesetzliche Konsequenz" auf. In den anderthalb Jahren traten im Schnitt 6 Konsequenzen pro schwer rückfälligem Patienten auf.

Auch im RANDREPORT (1981) bildeten die "gesundheitlichen Konsequenzen" den größten, und die "gesetzlichen Konsequenzen" den geringsten Anteil.

Bei den Frauen dominierten bei mir regelrecht die gesundheitlichen Konsequenzen mit 52.2 %.

4.5 KRITISCHER RÜCKFALLZEITRAUM

Die ersten 3 Monate nach Therapie sind eine sehr kritische Zeit für Alkoholabhängige. Nach KÜFNER (1983) lagen bei der Studie des Max-Planck-Institutes in dieser Zeit 65 % aller Rückfälle. Wir können diese Zahlen bestätigen. Nach unseren Ergebnissen ereigneten sich 61.9 % (26) aller Rückfälle in den ersten 10 Wochen. Für 73.8 % (31) war dieser erste Rückfall gleichbedeutend mit Rauschtrinken. Nach MATAKAS e.a. (1977) ereignen sich sogar 80 % der Rückfälle in den ersten 2 Jahren nach einer Therapie in den ersten 6 Monaten.

4.6 SELBSTTHEILUNGEN

"Selbstheilungen", die von LEMERE (1953), SMART (1975) und VAILLANT e.a. (1982) beschrieben wurden, konnten wir nicht beobachten. Dazu war der Beobachtungszeitraum wohl zu kurz. Ob ein Mann, der nach einem zweimonatigen Rückfall den Alkoholkonsum freiwillig aufgab, in diese Kategorie zu zählen ist, ist die Frage, denn es lag bei ihm nur kontrolliertes Trinken vor.

4.7 INANSPRUCHNAHME

4.7.1 Selbsthilfegruppen

POLICH e.a. (1981) und EDWARDS e.a. (1977) fanden keinen signifikanten Einfluß der Variable "Behandlung" auf den Rückfallstatus. EDWARDS e.a. (1977) schränken jedoch ein, daß in ihrer Studie zumindest einige Patienten von einem engmaschigen Besuch der "Anonymen Alkoholiker" profitieren konnte. Für VAILLANT e.a. (1982) hat eine Selbsthilfegruppe all die wichtigen Faktoren, die einen Alkoholiker zur Beendigung der Sucht anregen können. Ich fand - im Gegensatz zur Studie des Max-Planck-Institutes - keinen

Einfluß einer häufigeren Gruppeninanspruchnahme auf ein etwaiges günstigeres Rückfallgeschehen, womit sich meine Ergebnisse eher mit denen des RANDREPORT's (POLICH e.a., 1981) oder der Veröffentlichung von EDWARDS e.a. (1977) vergleichen lassen.

4.7.2 Einzelgespräche

Bei EDWARDS e.a. (1977) hatten Patienten mit intensiverer Behandlung, d.h. mit Einzelgesprächen oder stationären Aufenthalten, keinen besseren Therapieerfolg als alle anderen Patienten. Auch in meiner Auswertung hatten Patienten keine höhere Wahrscheinlichkeit, trocken zu sein, wenn sie Einzelgespräche in Anspruch nahmen. Um auszuschließen, daß sich der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung erst nach einigen Wochen zeigt, prüfte ich bei Patienten mit einer mindestens zweimonatigen wöchentlichen Psychotherapie die Auswirkungen auf den Rückfallstatus. 6 Patienten wurden rückfällig trotz bestehender Psychotherapie, 3 Patienten blieben trocken. Die Rückfallrate von 66 % (6) entspricht derjenigen der Patienten ohne intensive Einzelgesprächstherapie. Da sich jedoch in der Studie des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986), im Randreport (POLICH e.a., 1981) und auch in meiner Arbeit zeigte, daß Patienten mit Vortherapie eine schlechtere Prognose haben, und in meiner Studie Patienten mit Vortherapie signifikant häufiger Einzelgespräche in Anspruch nahmen, besteht auch die

Möglichkeit, daß sich prognostisch schlechte Patienten vermehrt um ernsthafte Einzelgespräche bemühten. So hatten 66 % (6) dieser neun Patienten bereits eine Vortherapie besucht, im Gegensatz zu 42 % (23) der übrigen Patienten. Bemerkenswert ist jedoch, daß die Rückfälle noch während der Einzelgesprächstherapie stattfanden.

Nach MATAKAS e.a. (1977) ist die analytische Psychotherapie immer noch den Beweis über ihre Effektivität in kontrollierten Studien schuldig geblieben ist, und nach dem RANDREPORT (POLICH e.a., 1981) erlauben anamnestiche Daten eine bessere Vorhersage des Behandlungserfolgs als Behandlungsparameter.

4.8 PRÄDIKTOREN

Wie in der Studie des Max-Planck-Institutes (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) hatten Frauen mit einer hohen Trinkmenge eine schlechte Prognose (Studie des Max-Planck-Instituts: mehr als 625 g Alkohol/Woche, in meiner Arbeit mehr als 130 g/Trinktag). Auch das zweite Prädiktorenmodell fand seine Korrelate in der Studie des Max-Planck-Instituts. Ich hatte gefunden, daß Alkoholiker mit mehr als einer Konsequenz und einer Vortherapie (Entzug oder Entwöhnung) eine schlechte Prognose hatten. In der Studie des Max-Planck-Instituts bestand eine schlechte Prognose, wenn Patienten schon eine Suchtfachklinik besucht, bzw. eine höhere Anzahl von Suizidversuchen hatten. Männer hatten zudem eine schlechte Prognose,

wenn sie schon einmal wegen Alkoholismus den Arbeitsplatz verloren hätten. "Arbeitsplatzverlust" und "Suizidversuche" wurden von mir als Konsequenzen gezählt. Des weiteren zählte ich als Konsequenz eine Verwahrung, Pflegschaft oder Entmündigung, eine Scheidung wegen Alkoholismus, ein Disziplinarverfahren wegen der Sucht, ein Entzug des Sorgerechts, etc.

Ein Nachteil der Prädiktoren der Studie des Max-Planck-Institutes ist, daß nicht der gegenseitige Wechselwirkungseffekt getestet wurde. Ein Nachteil meiner Prädiktorenmodelle ist, daß durch die die Mehrfachtestung von Modellen der alpha-fehler erhöht wurde (GROVE, ANDREASEN, 1982).

Die besondere Bedeutung von Prädiktoren zeigte sich in der Studie des Max-Planck-Institutes daran, (KÜFNER, FEUERLEIN, FLOHRSCHÜTZ, 1986) daran, daß die Prognose der Patienten besser durch Prädiktoren eingeschätzt werden konnte als über das Urteil der Therapeuten. Nach dem RANDREPORT (1981) sind Prädiktoren sogar wichtiger für den Behandlungserfolg als die Art der Behandlung.

In der Studie des Max-Planck-Institutes betrug die multiple Korrelation zwischen Abstinenz und den Prognosefaktoren bei den Männern 0.39, bei den Frauen 0.38. Dies bedeutet, daß noch andere Einflüsse eine Rolle spielen.

Nach VAILLANT e.a. (1982) sind dies die "Entwicklung einer Erstsatzsucht", "der Gewinn einer neuen Selbstachtung", "soziale Rehabilitation" wie z.B. in Form einer neuen Partnerschaft oder "starke Zwänge von außen", wie eine lebensbedrohliche Krankheit, etc.

5. LITERATURVERZEICHNIS

1. BALES, R.F. (1946), Cultural differences in rates of alcoholism, Quart J Stud Alc 6, 480
2. Bayerisches Staatsministerium des Inneren, Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Alkohol - Drogen - Medikamente - Tabak. Jugend fragt Jugend - Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980, 1984. München 1986
3. BAUER, F. (1984). Datenanalyse mit SPSS. Berlin: Springer-Verlag
4. BEUTEL, P., SCHUBÖ W. (1983). SPSS-9. 4. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
5. BLANE, H.T., BARRY H. (1973). Birth Order and Alcoholism: A Review. Quart J Stud Alc, 34, 837
6. BLEULER, E. (1979). Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag
7. BORTZ, J. (1985). Lehrbuch der Statistik. 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag
8. BOYD, J.H., WEISSMAN, M.M., THOMPSON, W.D., MYERS, J.K. (1983). Different Definitions of Alcoholism, I. Impact of 7 Definitions of Alcoholism in Community Survey. Amer J Psychiat, 140
9. BÜHRINGER, G. (1984) Standards für die Durchführung von Katamnesen: Ergebnis einer Arbeitsgruppe der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung e.V. (Hrsg.)
10. DEGKWITZ R., HELMCHEN H., KOCKOTT G., MOMBOUR W. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. 5. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag

11. DILLING, H., WEYERER S. (1975). Bericht über das Projekt A 10
12. EDDY, N.B., HALBACH, H., ISBELL, H., SEEVERS, M. (1965). Drug dependance, its significance and characteristics. Bull World Health Org 32, 721
13. EDWARDS, G., ORFORD J., EGERT S., GUTHRIE S., HAWKER A., HENSMAN C. e.a. (1977). Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice". J Stud Alc 35, 1004 - 1031
14. EDWARDS, GRIFFITH (1974). Drugs, Dependence, and the Concept of Plasticity. Quart J Stud Alc, 35, 1974
15. EMRICK, C.D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and inter-relationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment. Quart J Stud Alc 35, 523
16. EMRICK, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. J Stud Alc 36, 88
17. FAHRENBERG, H., SELG, H., HAMPEL, R. (1973). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. 2. Auflage, Göttingen
18. FEIGNER, J.P., ROBINS, E., GUZE S.B. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatry research. Arch Gen Psychiatr 26, 57 - 63
19. FEUERLEIN, W., KÜFNER H. (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden. Ergebnis einer Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch Psychiat Nervenkr 224, 89
20. FEUERLEIN, W., KÜFNER H., RINGER C., ANTONS K. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Eine empirische Analyse. Arch Psychiat Nervenkr 222, 139
21. FEUERLEIN, W., KÜFNER H., RINGER C., ANTONS K. (1977). Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münch med Wschr 119, 1275
22. FEUERLEIN, W. (1984). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag

23. FICHTER, M.M., MAY, F., POSTPISCHIL, F. (1983). Ein Jahr danach. Stuttgart: Schattauer Verlag
24. GAENSSLEN, H., SCHUBÖ W. (1973). Einfache und komplexe statistische Analyse. UTB München: Reinhardt
25. GOLDBERG, D.P., COOPER, B., EASTWOOD, M.R., KEDWARD, H.B., SHEPHERD, M. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Brit J Prev Soc Med 24, 18 - 27
26. GROVE, W.M., ANDREASEN, N.C. (1982), Simultaneous Tests of Many Hypothesis in Exploratory Research, J Nerv Ment Dis, 170, 3 - 8
27. GUNDEL, K. (1972), Vergleich der Soziogenese des männlichen und weiblichen Alkoholismus anhand einer Sekundäranalyse klin. Daten (Inaug. Diss., München)
28. HAGNELL, O. e.a. (1986). Predictors of alcoholism in the Lundby Study. Europ Arch Psych and Neurol Sciences 235, 187 - 199
29. HOLMES T.H., RAHE R.H. (1967). The social adjustment rating scale. J Psychosom Res 11, 213 - 218
30. IMBER, S., SCHULIZ E., FUNDERBURK, F., ALLEN, R., FLAMER R. (1976). The fate of the untreated Alcoholic. Toward a natural history of the disorder. J Nerv Ment Dis 162, 238
31. JELLINEK, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Yale University Press
32. JOHN, U. (1984). Alkoholiker in Entzugsbehandlung - Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. Suchtgefahren 31, 47 - 56
33. KALLERT, T.W., LUNGERSHAUSEN, F. (1987). Zur Soziogenese des weiblichen Alkoholismus, Suchtgefahren 33, 187 - 194
34. KAPLAN, H.J., SADOCK, B.J. (1985). Comprehensive textbook of psychiatry/IV. 4th edition. Baltimore: Williams & Wilkins
35. KELLNAR, S. (1985). Prävalenz und Verlauf des Alkoholismus bei Männern. Inaug. Diss., München.

36. KENDELL, R.E. (1965). Normal drinking by former alcohol addicts. J Stud Alc 26, 247
37. KENDELL, R.E., McSTATION, N. (1966). The fate of untreated alcoholics. Quart J Stud Alc 27, 30
38. KENNEDY, J.J. (1983), Analyzing Qualitative Data, Praeger, New York
39. KÜFNER, H., FEUERLEIN, W., FOHRSCHÜTZ, Th. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. Suchtgefahren 32, 1 - 86
40. KÜFNER, H., FEUERLEIN, W., FLOHRSCHÜTZ, T. (1984). Untersuchung über stationäre Alkoholismustherapien. Erste Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. Drogen und Alkohol 3, 3. Internationales Symposium Basel 1983, pp. 148 - 166 (Karger, Basel 1984)
41. KÜFNER, H. (1981). Entwicklung eines mehrdimensionalen Alkoholismustests (MDA). Inaug. Diss., München.
42. KÜFNER, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 4, 3
43. LEMERE, J. (1953). What happens to alcoholics. Amer J Psych 109, 674
44. LIENERT, G.A. (1969). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz Verlag
45. LIENERT, G.A (1986). Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. 3. Auflage. Meisenheim: Verlag Anton Hain
46. NATAKAS, F., KOESTER, H., LEIDNER, B. (1978). Welche Behandlung für welchen Alkoholiker? Eine Übersicht. Psychiatrische Praxis 5, 143
47. MILLER, BYRON, A., POKORNY, A.D., VALLES, J., CLEVELAND S.E. (1970). Biased sampling in alcoholism treatment research. Quart J Stud Alc 31, 97 - 107
48. MILLER, W.R., CADDY, G.R. (1977). Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. J Stud Alc 38, 986 - 1003

49. MOORE, H., KLEINING, G. (1960). Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Köl Zeitschr Soz Psychol 12, 86 - 119
50. MOOS, R., BLISS, F. (1978). Difficulty of follow-up and outcome of alcoholism treatment. J Stud Alc 39, 473 - 490
51. MYERS, J.K., WEISSMAN, M.M., TISCHLER, G.L. (1984). Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen Psych 41, 959 - 967
52. National Council on Alcoholism Criteria Committee (1973). Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Quart J Stud Alc 34, 281 - 282
53. National Council on Alcoholism Criteria Committee (1972). Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Am J Psychiatrie 129, 127 - 135
54. PITTMAN, D.J., SNYDER, C.R. (1962). Society, Culture and Drinking Patterns. Wiley, New York
55. PITTMAN, D.J. (1964). Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs. Eine internationale Übersicht. Vortrag 27. Internat. Kongreß über Alkohol und Alkoholismus, Frankfurt/M. 1964, hrsg. v.d. Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm
56. POKORNY, A.D., MILLER, B.A., CLEVELAND, S.E. (1968). Response to treatment of alcoholism. A follow-up study. Quart J Stud Alc 29, 364
57. SMART, R.G., GRAY G. (1978). Multiple predictors of dropout from alcoholism treatment. Arch Gen Psychiat 35, 363
58. SMART, R. (1975). Spontaneous Recovery in Alcoholics: A review and analysis of the available research. Drug and Alcohol Dependence 1, 277 - 285
59. SMART, R., SCHMIDT W., MOSS, M.K. (1969). Social class as a determinant of the type and duration of therapy received by alcoholics. International Journal of the Addictions 4, 453 - 543

60. SPREEN, O. (1963). MMPI Saarbrücken. Minnesota Multiphasic Personality. Inventory of Hathaway S.R. McKinley. I.L.Bern, Stuttgart: 1963
61. SIEGEL, S. (1985). Nichtparametrische statistische Testmethoden. 2. Auflage. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie
62. STEIN, O. (1985), Trinkgewohnheiten, Stuttgart
63. SZUKAJ, M., TÖLLE, R. (1987), Alkoholkonsum heute, Gewohnheiten und Einstellungen, Suchtgefahren 33, 60 - 62
64. THALER, H. (1982). Leberkrankheiten. Berlin: Springer Verlag
65. TROJAN, A. (1980). Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland. Suchtgefahren 26, 1
66. ULLRICH DE MUYNCK, R., ULLRICH, R. (1977). Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual. München
67. VAILLANT, G.E., MILOFSKY E.S. (1982). Natural history of male alcoholism. IV. Paths to recovery. Arch Gen Psychiat 39, 127
68. VON VILLIEZ, T., REICHELT-NAUSCEF, S. (1986), Alkoholismus und Familie - ein kritischer Überblick zum Forschungsstand, Suchtgefahren 32, 373 - 385
69. WANBERG, K.W., HORN, J.L. (1970), Alcoholism symptom patterns of men and women, Quart J Stud Alc 31, 40 - 61
70. WATZL, H. (1972). Katamnestische Erfahrungen mit einem Therapieprogramm für alkoholabhängige Frauen. Drogen und Alkohol 2, 42 - 54 (Karger, Basel)
71. WEBER, E. (1980). Grundriß der biologische Statistik. 8. Auflage. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
72. WIESER, S. (1972). Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung. Herford: Nicolaische Verlagsbuchhandlung
73. WIESER, S., FEUERLEIN, W. (1976). Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. Fortschr Neurol Psychiat 44, 447

74. ZERSEN, D.v. (1976). Die Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz Verlag

75. ZIELKE M., KOPF-MEHNERT, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, VEV. Weinheim: Beltz Verlag

Reverence Note

KÜFNER, H., BRENK-SCHULTE, E. (1980). Therapieerfahrungsliste. Unveröffentlichtes Skriptum.

KÜFNER, H., BRENK-SCHULTE, E. (1982). Einstellung zur Behandlung. Unveröffentlichtes Skriptum.

6. ANHANG

6.1 PATIENTEN MIT ANDEREN DIAGNOSEGRUPPIERUNGEN

ALKOHOLMIßBRAUCH

Zu dieser Gruppe gehören 7 % (4 Frauen und 2 Männer) der ursprünglich 88 Patienten. 4 dieser Patienten erreichten wir noch zur letzten Untersuchung. Einen Entzug, bzw. eine Therapie zu einem früheren Zeitpunkt hatte aus dieser Gruppe keiner besucht. Die Dauer des Mißbrauchs schwankte von 6 bis 26 Jahren. Bevorzugtes Getränk war bei den Frauen Wein und bei den Männern Bier.

Eine Patientin verweigerte alle Untersuchungen. Es lagen auch keine fremdkatamnestischen Angaben über sie vor. Von einem anderen Patienten haben wir nur die Befragung zur Ambulanten Nachsorge, zu der er bereits rückfällig war. Die restlichen Befragungen verweigerte er. Bei einer Patientin, die zugleich noch Tablettenmißbrauch betrieb, wurde die Frage einer "Borderline-Persönlichkeit" diskutiert. Sie wurde zur 6-Monats- und 18-Monats-Katamnese erreicht. Für 3 Monate hatte sie wöchentliche Einzelge-

sprache in Anspruch genommen. Sie blieb trocken. Eine andere Patientin war im Laufe der Katamnese dreimal für 2-3 Tage rückfällig gewesen: Sie nahm an allen Befragungen teil. Ein männlicher Patient trank ab dem 3 Monat "kontrolliert". Er nahm keine Selbsthilfegruppen in Anspruch. Er wurde zur ambulanten Nachsorge (6 Wochen nach Therapieende) und zur 18-Monats-Katamnese erreicht.

ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND TABLETTENMIßBRAUCH

8 % der Patienten (3 Männer, 4 Frauen) hatten diese Diagnosen. Sie wurden alle zur letzten Befragung erreicht. Das durchschnittliche Alter betrug bei den Frauen als auch bei den Männern 36 Jahre. Ein Patient betrieb Mißbrauch von Haschisch, alle anderen Patienten betrieben Mißbrauch von Benzodiazepinen. Die Dauer der Tablettensucht variierte von einem bis zu 13 Jahren, die Dauer der Alkoholabhängigkeit von 3 bis 18 Jahren. Eine Frau, die zuvor schon mehrere Entzüge besucht hatte, war auch im Katamnesezeitraum rückfällig und benötigte einen Entzug und 2 Kriseninterventionen. Eine andere Frau hatte früher wegen Tablettenabhängigkeit eine Entwöhnung besucht. Im Katamnesezeitraum unternahm sie einen Suizidversuch und griff trotz ärztlichem Verbot weiter zu Tabletten. Die dritte Frau hatte früher einen Tablettenentzug mitgemacht. Sie war im Untersuchungszeitraum zweimal einen Tag mit Alkohol rückfällig. Die vierte Patientin brach nach 2 Wochen die Therapie ab. Im Beobachtungszeitraum war sie kontrolliert mit Alkohol rückfällig. 2 der 3 Männer blieben trocken,

der dritte hatte 8 Rückfallperioden von 2-3 Tagen Dauer, wobei er auch Haschisch einnahm.

ALKOHOL- UND TABLETTENABHÄNGIGKEIT

In diese Kategorie fallen 7 % (6 Patientinnen). 2 Frauen waren von Benzodiazepinen abhängig, eine seit einem Jahr und eine seit 13 Jahren. Alkoholabhängigkeit bestand bei beiden seit 7, bzw. 8 Jahren. Während die eine Frau über einen häufigen Besuch von Selbsthilfegruppen, wie z.B. die "Anonymen Alkoholiker", trocken bleiben konnte, wurde die andere Patientin trotz regelmäßiger Besuche der "Patientengruppe" rückfällig. Zweimal nahm sie an einem kurzen Entzug teil. Zum Zeitpunkt des Interviews war sie seit 6 Monaten trocken. Von beiden Frauen liegen alle Interviews vor.

Bei 4 Patientinnen war die Zuordnung der Medikamentenabhängigkeit zu einem bestimmten Suchtstoff nicht möglich, es lag Politoxikomanie vor. Vollständige Untersuchungen liegen bei 2 Frauen vor, bei den anderen beiden konnten wir fremdkatamnestische Angaben über die eineinhalb Jahre bekommen.

Bei einer 37-jährigen Patientin bestand Abhängigkeit von Amphetaminen und Analgetika seit ca. 14 Jahren. Zusätzlich nahm die Patientin Psychopharmaka ein. Es lag starker Nikotinabusus (70 Zig./die) vor. Sie brach vor 4 Jahren

eine Entwöhnung von Medikamenten ab und wurde danach von Alkohol abhängig. Bevorzugtes Getränk war Wein. Diese Patientin trank nach Ende unserer Therapie zuerst kontrolliert. Nach einer lebensbedrohlichen Erkrankung mit ärztlichem Alkoholverbot war die Patientin ein halbes Jahr trocken. Wegen partnerschaftlicher Probleme begann die Patientin erneut zu trinken, u.a. mit Symptomen, hörte allerdings nach einem Angina pectoris Anfall im Zusammenhang mit einem Rückfall wieder auf. Im Monat vor dem letzten Interview war die Patientin trocken. Tablettenrückfälle bestanden nicht. Bemerkenswert ist, daß die Patientin rückfällig wurde trotz bestehender wöchentlicher Einzelgesprächstherapie. Wir erreichten diese Patientin zur 6-Monats- und 18-Monats-Katamnese.

Eine andere Patientin war seit ca. 15 Jahren von Barbituraten, Tranquilizern und Analgetika abhängig. Krampfanfälle traten im Rahmen der Sucht auf. Seit 3 Jahren war sie auch von Alkohol abhängig. Vortherapien bestanden keine, allerdings hatte sie im Anschluß an eine Operation bereits ein Entzugsdelir durchgemacht. Diese Patientin wurde im Untersuchungszeitraum so schwer rückfällig, daß sie zweimal entzogen werden mußte. Beide Male verließ sie entgegen ärztlichem Rat die Therapie. Sie wurde zu allen 3 Interviews erreicht.

Von den verbleibenden 2 Patienten liegen über den Katamnesezeitraum nur fremdkatamnestische Angaben vor. Eine Patientin war seit ca. 3 Jahren von Tabletten abhängig, wobei sie keinen Unterschied zwischen Suchtmitteln mit

hoher und niederer Potenz machte. Einfache Beruhigungstabletten wurden in bunter Mischung mit Antidepressiva, Psychopharmaka und Analgetika eingenommen. Diese Patientin besuchte zweimal unsere Therapie. Das erste Mal wurde sie nach 14 Tagen in Zusammenhang mit einem Rückfall und unerlaubtem Entfernen von Station entlassen. 4 Wochen später wurde sie erneut aufgenommen. Diese Entwöhnung schloß sie zwar ab, war aber sofort rückfällig und kam in ein Bezirkskrankenhaus. Von dort wurde sie in eine Suchtfachklinik vermittelt, in der sie sogleich rückfällig war und in das Bezirkskrankenhaus zurückverlegt wurde. Ihrer dortigen Entlassung schloß sich binnen vier Wochen ein erneuter stationärer Aufenthalt an. Ein halbes Jahr nach diesem ereignete sich suchtbedingt ein Unfall, der zu einer Gehirnblutung führte. Von der behandelnden neurologischen Klinik wurde die Patientin nach Besserung der klinischen Symptomatik wegen fortgesetztem Rückfalls mit Alkohol in das entsprechende Bezirkskrankenhaus verlegt.

Die letzte Patientin aus dieser Diagnosegruppe beendete zwar regelrecht unsere Therapie, war jedoch schon am ersten Tag rückfällig. Die nächsten anderthalb Jahre sind gekennzeichnet von Entzügen an verschiedenen Kliniken, dem Wohnen in Pensionen und Absinken ins Stadtstreicher milieu. In der Vorgeschichte existieren 9 Entzüge und 2 Entwöhnungen, eine davon mit Abbruch.

TABLETTENABHÄNGIGKEIT OHNE ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

In diese Kategorie fallen 5 % (3 Frauen und ein Mann).

Eine 41-jährige Patientin war von Tabletten seit ca. 16 Jahren abhängig. In der Vorgeschichte besteht ein Entzugsdelir. Therapien hatte sie noch keine besucht. Bei wöchentlichen Einzelgesprächen gelang es der Frau, bis auf einen Rückfall von 3 Tagen trocken zu bleiben.

Eine 50-jährige Patientin war abhängig von Spasmo-cibalglin und Optalidon. Sie war die anderthalb Jahre unseres Beobachtungszeitraumes trocken und besuchte regelmäßig Selbsthilfegruppen, ja gründete sogar selbst eine Gruppe nur für Medikamentenabhängige. Diese Patientin hatte noch keine Therapien zuvor besucht.

Eine andere, 44-jährige Patientin war abhängig von Spasmo-cibalglin. Sie hatte einen Medikamentenrückfall auf Station. Da eine Aufarbeitung des Rückfalls möglich war, wurde sie wieder in die Therapiegruppe aufgenommen. Im Verlauf des Katamnesezeitraumes wurde die Patientin mit Einzelgesprächen betreut. Trotzdem kam es zu 3, ca. 2 Tage dauernden Rückfallperioden.

Der letzte Patient aus dieser Gruppe ist 36 Jahre alt. Er war von Benzodiazepinen (Valium) seit dem 16. Lebensjahr mit wechselnder Intensität abhängig. Dieser Patient war

auf Station mit Tabletten rückfällig, es ergaben sich jedoch keine Konsequenzen für ihn. Im Verlauf der Katamnesen blieb er trocken.

Da die Problematik der tablettenabhängigen Patienten anders als die der Alkoholiker gelagert ist, fühlten sich einige dieser Patienten von der Therapie auf Station nicht ausreichend angesprochen.

AUSSCHEIDEDIAGNOSEN

Eine 37-jährige Patientin, die an einer schizoaffectiven Psychose litt, wurde mit der Verdachtsdiagnose eines deliranten Zustandsbildes aufgenommen. Später stellte sich heraus, daß die Patientin auch ohne Alkoholgenuß "Stimmen hörte". 6 Wochen nach Therapieende unternahm die Patientin einen Suizidversuch mit Tabletten. Die Patientin war zuerst für 8 Wochen, nach einem weiteren Rückfall für 3 Wochen stationär in der Nußbaumstraße. Sie wurde nicht wieder auf die "Suchtstation" aufgenommen. Nach dem letzten Aufenthalt war die Patientin bis zur 18-Monats-Katamnese, d.h. ca. ein Jahr trocken.

6.2 WEITERE BEFRAGUNGEN ZUR AMBULANTEN NACHSORGE (6 WOCHEN NACH THERAPIEENDE)

Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach DSM III ohne Vorliegen einer weiteren Suchtdiagnose, bzw. einer Ausschlußdiagnose

Von weiteren 55 Patienten liegen Ergebnisse bis zur ambulanten Nachsorge vor. 75 % (41) dieser Patienten waren "alkoholabhängig nach DSM III" und hatten keine weitere Suchtdiagnose, bzw. eine Ausschlußdiagnose. Von diesen erreichten wir 83 % (34). Über die restlichen 7 Patienten liegen fremdkatamnestische Angaben vor. Einen Therapieabbruch hatte es bei 3 Frauen gegeben.

Trocken waren 63 % (26) dieser Patienten geblieben, 7 % (3) tranken kontrolliert und 29 % (12) waren schwer rückfällig. Eine Patientin war wegen eines Entzuges nach einem Rückfall mit Suizidversuch bereits wieder stationär.

Tabelle 47: RÜCKFALLKLASSIFIKATION ZUR AMBULANTEN NACHSORGE (ZUSÄTZLICH BEFRAGTE PATIENTEN)

Rückfallkategorie	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	18	75 %	8	47 %	26	63 %
kontrolliert	2	8 %	1	6 %	3	7 %
Symptome	4	17 %	5	29 %	9	22 %
nur Konsequenzen	-	-	-	-	-	-
Symptome u. Konsequenzen	-	-	3	18 %	3	7 %
Gesamt	24	100 %	17	100 %	41	100 %

Faßt man diese 41 Patienten mit denen im Ergebnisteil beschriebenen 64 Patienten zusammen, so fallen von allen 143 Patienten, die wir zur ambulanten Nachsorge befragten, bzw. befragen wollten, 73 % (105) in diese Diagnosenkategorie. Von diesen waren 67 % (70) trocken geblieben.

Tabelle 48: RÜCKFALLKLASSIFIKATION NACH DER AMBULANTEN NACHSORGE FÜR ALLE BEFRAGTEN PATIENTEN

	Männer		Frauen		Gesamt	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
trocken	46	75 %	24	55 %	70	67 %
kontrolliert	2	3 %	3	7 %	5	5 %
Symptome	8	13 %	10	23 %	18	17 %
Konsequenzen	-	-	1	2 %	1	1 %
Symptome u. Konsequenzen	5	8 %	6	14 %	11	10 %
Gesamt	61	100 %	44	100 %	105	100 %

Andere Diagnosegruppierungen in der zusätzlich befragten Patientengruppe

11 % (3 Männer und 3 Frauen) der 55 zusätzlich befragten Patienten waren mit der Diagnose Alkoholmißbrauch belegt worden. Sie waren bis zur Ambulanten Nachsorge trocken geblieben. Bei weiteren 9 % (3 Frauen und 2 Männern) bestand sowohl Alkohol- als auch Tablettenabhängigkeit (in 2 Fällen sogar "Politoxikomanie"). Auch diese blieben trocken. Ebenfalls "trocken" war eine Patientin mit alleiniger Abhängigkeit von Tabletten. Schwer rückfällig war eine von Opiaten abhängige Patientin, trocken blieb eine Patientin mit Alkoholabhängigkeit und Tablettenmißbrauch.

6.3 VERGLEICH: DIAGNOSEN NACH DSM III - ICD 9

Wegen der klareren Beschreibung und der dadurch besseren Vergleichbarkeit mit anderen Studien arbeitete ich die Diagnosen nach ICD-9 in Diagnosen nach DSM III um.

Bei Zugrundelegung der ICD-9-Kriterien erfüllten 82 der ersten 88 Patienten die Kriterien für Alkoholabhängigkeit. Von diesen waren nach DSM III Kriterien 94 % (77) abhängig.

Betrachtet man die Patienten nur mit Alkoholabhängigkeit, d.h. ohne weitere Sucht-, bzw. Ausschlußdiagnose, so waren nach ICD-Kriterien 67, nach DSM III Kriterien 64

abhängig.

Bildet man über die ersten 143 Patienten einen Vergleich so fallen von den 132 Patienten mit Abhängigkeit nach ICD-9 7 % (9) in die Kategorie Alkoholmißbrauch nach DSM III.

Bei Betrachtung der 113 Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach ICD-9 ohne weiter vorliegende Suchtdiagnose ergibt sich, daß von diesen 93 % (105) abhängig nach DSM III sind.

Alle Patienten, die abhängig waren nach DSM III, waren abhängig nach ICD-9.

Es ist wichtig zu betonen, daß diese Übereinstimmung an einer Klinikpopulation gefunden wurde.

6.4 Fragebögen

6.4.1 Zur Anamnese

6.4.1.1 SOZDAI-A (Fragebogen der Studie des Max-Planck-Instituts)

Patientennummer:

1. Alter

2. Geschlecht

1 = männlich, 2 = weiblich

3. Familienstand

1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden,

4 = verwitwet

4. Lebensform

1 = alleinlebend, 2 = mit Ehepartner, 3 = mit Partner, 4 = mit Eltern, 5 = Partnerschaft, aber getrennt lebend, 6 = in einer Gemeinschaft lebend

5. Zahl der Kinder

6. Wohnort (Einwohnerzahl)

1 = weniger als 2000, 2 = weniger als 100 000, 3 = mehr als 100 000

Beruf

7. Arbeitsfähigkeit

0 = nein, 1 = ja, 2 = bedingt

8. Erlernter Beruf

1 = ungelernter Arbeiter, 2 = Facharbeiter, Techniker, 3 = kaufmännische Berufe, 4 = Berufe in der Verwaltung, 5 = akademische Berufe, 6 = künstlerische Berufe, 7 = noch in der Ausbildung, 8 = keine berufliche Ausbildung

9. Jetzige Tätigkeit

0 = Arbeiter, 1 = Angestellter oder Beamter,
2 = Selbständiger, 3 = Soldat, 4 = noch in der Ausbildung,
5 = Rentner, 6 = mindestens 3 Monate arbeitslos,
7 = Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung, 9 = unbekannt

10. Berufswechsel

Zahl der Stellen in den letzten 2 Jahren

11. Einkommen im letzten halben Jahr netto

Schulbildung

12. Volksschule

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

13. Sonderschule

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

14. Mittelschule

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

15. Gymnasium

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

16. Lehre

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

17. Hochschulstudium (einschließlich Fachhochschule)

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

18. Sonstige Ausbildung (z.B. Handelsschule)

0 = nicht besucht, 1 = mit Abschluß, 2 = abgebrochen

19. Wohnverhältnisse

1 = Untermiete, 2 = Mietwohnung, 3 = Eigenheim, Eigentums-
wohnung, 4 = Wohnheim u.ä., 5 = obdachlos, nicht seßhaft

20. Religionszugehörigkeit

1 = röm.-kath., 2 = evang., 3 = andere christl. Kirchen,
4 = andere Religionen, 5 = ohne Religionszugehörigkeit

21. Religion praktizierend (z.B. regelmäßiger Besuch
von Gottesdiensten)

0 = nein, 1 = ja

22. formaler Aufnahmemodus

1 = freiwillig, 2 = zwangsweise Aufnahme

6.4.1.2 DOK-A (Fragebogen der Studie des Max-Planck-Instituts)

1. Alkoholberuf (mindestens 6 Monate Tätigkeit als Gastwirt, Bedienung, Beschäftigter in der Alkoholproduktion oder im Alkoholhandel)

0 = nein, 1 = in den letzten 6 Monaten, 2 = früher

2. Alkoholgefährdeter Beruf (mindestens 6 Monate Tätigkeit in Bau-, Transport-, Schifffahrts- oder Außendienstberufen)

0 = nein, 1 = in den letzten 6 Monaten, 2 = früher

3. Beginn des Alkoholabusus (Frage: seit wann trinken Sie mehr, als Ihnen gut tut?)

1 = vor dem 16. Lebensjahr

2 = vom 16. - 20. Lebensjahr

3 = vom 21. - 30. Lebensjahr

4 = vom 31. - 40. Lebensjahr

5 = vom 41. - 50. Lebensjahr

6 = vom 51. - 60. Lebensjahr

7 = nach dem 61. Lebensjahr

4. Wieviel Wochen durchgehend abstinent vor Aufnahme?

5. Alkoholkonsum in den letzten 2 Jahren

1 = gleichbleibend

2 = ansteigend

3 = abnehmend

6. Frequenz des Alkoholkonsums im Verlauf der letzten beiden Jahre

1 = täglich

2 = fast täglich

3 = periodisch

4 = Wochenendtrinker

7. Durchschnittlich tägliche Trinkmenge in Gramm

8. Durchschnittlich wöchentliche Trinkmenge in Gramm

9. Häufigkeit des Alkoholkonsums pro Monat
(Anzahl der Tage)

10. Häufigkeit des Alkoholkonsums im letzten halben Jahr mit hoher Trinkmenge (Männer mehr als 60 g reinen Alkohols, Frauen mehr als 30 g); Anzahl der Trinktage

11. Rauschtrinken

0 = kein Rauschtrinken

1 = weniger als einmal pro Monat

2 = 1 - 4 mal monatlich

3 = 4 - 9 mal monatlich

4 = fast täglich

12. Trinkgesellschaft

1 = vorwiegend allein

2 = vorwiegend mit dem Partner

3 = vorwiegend in Gesellschaft

4 = keine Bevorzugung

13. Trinkort

1 = vorwiegend zuhause

2 = vorwiegend in der Gaststätte

3 = vorwiegend im Betrieb

4 = vorwiegend im Verein

5 = vorwiegend an sonstigen Stellen

6 = diffus

Symptomatik (im letzten halben Jahr)

14. Auftreten von Erregungszuständen unter Alkohol?
(Wutausbrüche, mot. Unruhe)

0 = nein, 1 = ja

15. Auftreten von Erinnerungslücken (Blackout, Filmriß)

0 = nein, 1 = ja

16. Auftreten von Orientierungsstörungen

0 = nein, 1 = ja

17. Kontrollverlust

(Unfähigkeit, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören, bevor ein Rauschzustand eingetreten ist)

0 = nein, 1 = ja

18. Psychische Abhängigkeit (Regelmäßiges Trinken zur Veränderung der seelischen Befindlichkeit und in Stressituationen)

0 = nein, 1 = ja

19. Physische Abhängigkeit (Zittern, Schweißausbrüche, Brechreiz)

0 = nein, 1 = ja

20. Typisierung nach Jellinek:

0 = nicht einzuordnen

1 = Alpha-typ

2 = Beta-typ

3 = Gamma-typ

4 = Delta-typ

5 = Epsilon-typ

21. Verwahrung, Entmündigung oder Pflegschaft im Zusammenhang mit Alkoholabusus?

wie oft?

22. Führerscheinentzug wegen Alkoholmißbrauchs

wie oft?

23. Arbeitsplatzverlust im Zusammenhang mit dem Alkoholabusus

wie oft?

24. Scheidungen im Zusammenhang mit dem Alkoholabusus?

wie oft?

25. Suizidversuche im Zusammenhang mit dem Alkoholabusus?

wie oft?

Tabletten- und Drogenkonsum

26. Schlafmittel

a) 0 = nicht vom Arzt verordnet

1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme

1 = gelegentliche Einnahme

2 = regelmäßige Einnahme

27. Schmerzmittel
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme
28. Opiate und Derivate
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme
29. Psychopharmaka
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme
30. Weckamine (Stimulantien) Kokain
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme
31. Halluzinogene und/oder flüchtige Lösungsmittel
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme
32. Cannabis
a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme

33. Sonstige

- a) 0 = nicht vom Arzt verordnet
1 = vom Arzt verordnet

- b) 0 = keine Einnahme
1 = gelegentliche Einnahme
2 = regelmäßige Einnahme

Medizinische und psychosoziale Betreuung

34. durch den Hausarzt

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

35. durch einen Psychiater

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

36. durch eine Beratungsstelle

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

37. durch das Gesundheitsamt

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

38. Andere

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

Selbsthilfegruppen

39. Anonyme Alkoholiker

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

40. Freundeskreise

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

41. Andere Gruppen

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

Psychotherapie

Gruppentherapie

42. Psychoanalytische Gruppentherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

43. Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

44. Gesprächstherapeutische Gruppentherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

45. Nicht näher klassifizierte Gruppentherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

46. Professionelle Nachsorgegruppe

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

Einzeltherapie

47. psychoanalytische Einzeltherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

48. verhaltenstherapeutische Einzeltherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

49. gesprächstherapeutische Einzeltherapie

0 = nie, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

50. Andere

0 = nie, 1 = gelegentlich, 1 = regelmäßig

Klinikaufenthalte

51. Allgemeinkrankenhäuser

(Zahl der Aufenthalte)

52. Psychiatrische Klinik

(Zahl der Aufenthalte)

53. Suchtfachkliniken

(Zahl der Aufenthalte)

54. Kurkliniken

(Zahl der Aufenthalte)

Medizinische Diagnosen

55. Lebererkrankungen (Lebervergrößerung, Leberrand druckschmerzhaft, Zellverfettung)?

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

56. Magenerkrankungen (Ulcus, Gastritis)

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

57. Polyneuropathie

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

58. Krampfanfälle

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

59. Alkoholhalluzinosen

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

60. Delirien (incl. Prädelir)

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

61. Pankreatitis

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

62. Myopathie

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

63. Wernicke-Korsakov-Syndrom

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

64. Kardiomyopathie

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

65. Sonstige Erkrankungen (Kleinhirndegeneration, Machiafava-Bignami, zentrale pontine Myelinolyse, Amblyopie)

0 = nein, 1 = im letzten halben Jahr, 2 = früher

6.4.1.3 Fragebogen DOK-ERG

Dieser von mir zusätzlich erhobene Fragebogen enthält z.T. Fragen, die von der Follow-up Studie von FICHTER, die 1980/81 im Gebiet Traunstein, Palling und Traunreut durchgeführt wurde, übernommen wurden

Soziodemographischer Teil

1. Schulbildung des Probanden:

- 0 = Hauptschule ohne Abschluß, Sonderschule,
- 1 = Hauptschule mit Abschluß
- 2 = Berufsschulabschluß
- 3 = Mittlere Reife
- 4 = Fachhochschulreife
- 5 = Abitur
- 6 = Abitur 2. Bildungsweg
- 7 = (Fach-) Hochschule ohne Abschluß
- 8 = (Fach-) Hochschule mit Abschluß

2. Abgeschlossene Berufsausbildung

0 = nein, 1 = ja

3. Berufliche Stellung des Probanden bei Therapieaufnahme:

Selbständige:

- 00 = kleine Selbständige (z.B. Einzelhändler mit kleinem Geschäft)
- 01 = mittlere Selbständige (z.B. Einzelhändler mit großem Geschäft)
- 02 = führende Selbständige (Fabrikbesitzer)
- 03 = freie, intellektuelle Berufe
- 04 = kleine Landwirte (bis 5 ha)
- 05 = mittlere Landwirte (bis 20 ha)
- 06 = große Landwirte (über 20 ha)
- 10 = mithelfende Familienangehörige

Beamte

- 20 = untere Beamte (einschl. Obersekretär)
- 21 = mittlere Beamte (bis Amtmann und Assessor)
- 22 = leitende Beamte (ab Regierungsrat)

Angestellte

- 30 = ausführende Angestellte (z.B. Kontorist, Verkäufer)
- 31 = qualifizierte Angestellte (z.B. Buchhalter, Kassierer)
- 32 = leitende Angestellte (z.B. Abteilungsleiter, Ingenieur)

Arbeiter

- 40 = ungelernte Arbeiter
- 41 = angelernte Arbeiter
- 42 = gewöhnlicher Facharbeiter
- 43 = höchstqualifizierter Arbeiter

50 = Rentner

60 = Hausfrauen ohne Berufstätigkeit

70 = In Ausbildung

80 = Wehr-, Zivildienst, Berufssoldat

90 = arbeitslos gemeldet seit mindestens 3 Monaten

4. Wieviele Kinder hatten Sie?

5. Wieviele Kinder leben noch im Haushalt?

6. Zahl der im Haushalt lebenden Personen

7. Wieviele Geschwister hatten Sie?

8. Das wievielte Kind waren Sie?

1 = Einzelkind, 2 = ältestes Kind, 3 = mittleres Kind, 4 = jüngstes Kind;

9. Lebt der Vater noch?

0 = nein, 1 = ja

10. Alter des Probanden beim Tod des Vaters?

11. Lebt die Mutter noch?

0 = nein, 1 = ja

12. Alter des Probanden beim Tod der Mutter

13. Soziale Schicht nach Kleinig/Moore

14. Prestigescore nach Treimann

Suchtspezifischer Teil

15. Seelische Erkrankungen beim Vater:

0 = keine, 1 = Suizid, 2 = Alkoholabh., 3 = Depression,
4 = Geisteskrankheit, 5 = Anfallsleiden, 6 = schwere
Neurosen, 7 = Drogenabhängigkeit

16. Seelische Erkrankungen bei der Mutter:

0 = keine, 1 = Suizid, 2 = Alkoholabh., 3 = Depression,
4 = Geisteskrankheit, 5 = Anfallsleiden, 6 = schwere
Neurosen, 7 = Drogenabhängigkeit

17. Diagnosen nach ICD-9

0 = Alkoholiker
1 = Alkoholabhängigkeit und Mißbrauch von Medikamenten
2 = Alkohol- und Tablettenabhängigkeit
3 = Alkoholmißbrauch
4 = Ausschlußdiagnose (IQ kleiner als 80, Diagnose aus
dem Bereich Schizophrenie)
5 = nur von Tabletten abhängig
6 = Rauschgiftabhängigkeit

18. Diagnosen nach DSM-III

0 = Alkoholiker
1 = Alkoholabhängigkeit und Mißbrauch von Medikamenten
2 = Alkohol- und Tablettenabhängigkeit
3 = Alkoholmißbrauch
4 = Ausschlußdiagnose (IQ kleiner als 80, Diagnose aus
dem Bereich Schizophrenie)
5 = nur von Tabletten abhängig
6 = Rauschgiftabhängigkeit

19. Toleranzverlust

0 = nein, 1 = ja

20. Art des alkoholischen Getränkes

0 = Bier, 1 = Weiß-, Rotwein, 2 = Süd-, Fruchtwein,
3 = Wermuth, 4 = Sekt, 5 = Schnaps, 6 = Likör,
7 = keine Bevorzugung

21. Dauer des Alkoholabusus (Seit wann trinken Sie mehr, als Ihnen gut tut?)

22. Sonstige Konsequenzen, wie z.B. Disziplinarverfah-
ren, Absinken als Bardame, Entzug des Sorgerechtes für
eine Person, etc.
wie oft?

23. Anzahl Entzüge bisher:

24. Anzahl Entwöhnungen bisher:

a) Vor jetziger Entwöhnung einen Entzug besucht (im halben Jahr vor Therapiebeginn auf unserer Station)?

0 = nein, 1 = ja

b) falls ja: fand der Entzug auf unserer Station statt?

0 = nein, 1 = ja

25a) Im Falle eines Entzuges vor unserer Entwöhnung: fand ein Rückfall statt in der Zeit bis zu unserer Entwöhnung?

0 = nein, 1 = ja

b) falls kein Entzug zuvor: blieb der Patient trocken seit Anmeldung zur Entwöhnung (mindestens 3 Wochen vor Entwöhnungsbeginn)?

26. Anzahl vorzeitig abgebrochener Entwöhnungsbehandlungen:

6.4.1.4 TAB-ERG

Fragebogen zu Tablettenmißbrauch und Tablettenabhängigkeit.

1. Morphine

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten.

c) = in den letzten 6 Monaten und vorher)

2. Morphinanaloga (Fortral, Valoron)
 - 1 = gelegentliche Einnahme
 - 2 = Mißbrauch nach DSM III
 - 3 = Abhängigkeit nach DSM III
 - (bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:
 - zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten
 - b) = vor mehr als 6 Monaten
 - c) = in den letzten 6 Monaten und vorher)
3. Benzodiazepine
 - 1 = gelegentliche Einnahme
 - 2 = Mißbrauch nach DSM III
 - 3 = Abhängigkeit nach DSM III
 - (bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:
 - zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten
 - b) = vor mehr als 6 Monaten
 - c) = in den letzten 6 Monaten und vorher)
4. Barbiturate
 - 1 = gelegentliche Einnahme
 - 2 = Mißbrauch nach DSM III
 - 3 = Abhängigkeit nach DSM III
 - (bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:
 - zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten
 - b) = vor mehr als 6 Monaten
 - c) = in den letzten 6 Monaten und vorher)
5. Distreneurin
 - 1 = gelegentliche Einnahme
 - 2 = Mißbrauch nach DSM III
 - 3 = Abhängigkeit nach DSM III
 - (bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:
 - zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten
 - b) = vor mehr als 6 Monaten
 - c) = in den letzten 6 Monaten und vorher)

6. Andere Hypnotika

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

7. Analgetika

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

8. Weckamine

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

9. Appetitzügler

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

10. Cannabis

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

11. Cannabis

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

12. Halluzinogene

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

13. Kokain

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

14. flüchtige Lösungsmittel

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

15. Politoxikomanie

1 = gelegentliche Einnahme

2 = Mißbrauch nach DSM III

3 = Abhängigkeit nach DSM III

(bei Vorliegen von Abhängigkeit, Mißbrauch:

zeitliche Angabe: a) = in den letzten 6 Monaten

b) = vor mehr als 6 Monaten

c) = in den letzten 6 Monaten
und vorher)

16. Tablettenabhängigkeit in Jahren:

17. Tablettenmißbrauch in Jahren:

18. Frequenz der Tabletteneinnahme bei Abusus, Abhängigkeit:

a) täglich

b) fast täglich

c) episodisch

6.4.2 DOK-E (Verhalten auf Therapie; Fragebogen aus der Studie des Max-Planck-Instituts)

1. Dauer der regulären Behandlung (bei unseren Patienten stets 6 Wochen)

2. vorzeitige Entlassung

0 = nein, 1 = ja

3. Wie lange in Behandlung bis zum Abbruch?

Zeitangabe in Wochen:

4. Rückfall mit Alkohol

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

5. Rückfall mit Medikamenten

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

6. Rückfall mit Drogen

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

7. Mangelnde Therapiemotivation, bzw. Mitarbeit

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

8. Wegen disziplinarischer Verstöße

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

9. Eigene Entscheidung des Patienten

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

10. Andere

0 = nein, 1 = ja, 2 = entfällt

11. Zahl der Rückfälle

12. Zahl der Trinktage mit hohem Alkoholkonsum auf Therapie (Männer mehr als 60 g, Frauen mehr als 30 g)

Einnahme von Medikamenten während der Therapie

13. Schlafmittel

a) 0 = nein, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

b) 0 = nicht vom Arzt verordnet 2 = vom Arzt verordn.

14. Schmerzmittel

a) 0 = nein, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

b) 0 = nicht vom Arzt verordnet 2 = vom Arzt verordn.

15. Psychopharmaka

a) 0 = nein, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

b) 0 = nicht vom Arzt verordnet 2 = vom Arzt verordn.

16. Sonstige

a) 0 = nein, 1 = gelegentlich, 2 = regelmäßig

b) 0 = nicht vom Arzt verordnet 2 = vom Arzt verordn.

Mißbrauch von Drogen

17. Opiate und Derivate

wie oft?

18. Weckamine

wie oft?

19. Halluzinogene

wie oft?

20. Cannabis

wie oft?

Symptomatik während der stationären Behandlung

21. Delir
0 = nein, 1 = ja
22. Erinnerungslücken
0 = nein, 1 = ja
23. Orientierungsstörungen
0 = nein, 1 = ja
24. Sonstige Symptome (bitte Symptom angeben)
0 = nein, 1 = ja
25. Wie oft wurde wegen somatischer Beschwerden ein Arzt konsultiert (ohne Routineuntersuchungen)?
wie oft?
26. Kontaktpersonen
0 = keine Kontaktperson
1 = Partner ist Kontaktperson
2 = Kinder
3 = Elternteil
4 = sonstige Kontaktpersonen
5 = mehrere Kontaktpersonen
27. Zahl der Einzelgespräche mit Kontaktpersonen:
28. Darüberhinaus Teilnahme an Angehörigenseminar
(traf für unsere Therapie nicht zu)
29. Zeitlicher Umfang der Einbeziehung der Kontaktpersonen (in Stunden):
30. Beteiligung des Patienten an der Therapie:
1 = sehr aktiv
2 = aktiv, 3 = weniger aktiv, 4 = passiv,
5 = mit deutlichem Widerwillen
31. Regelmäßige Teilnahme an zusätzlichen therapeutischen Maßnahmen, die nicht für jeden Patienten obligatorisch sind (Autogenes Training, Einzeltherapie, u.ä.)?

32. Prognose

1 = gut

2 = fraglich

3 = schlecht

33. Zusätzliche psychiatrische Diagnosen

.....

.....

6.4.3 RF-FB: ERFASSUNGSMANUAL FÜR ALKOHOLRÜCKFALL UND INANSPRUCHNAHME IM KATAMNESEZEITRAUM

Dieser Fragebogen wurde von mir und Herrn KUPAT erstellt.

1. Kein Rückfall? 0 = nein 1 = ja

2. Rückfallepisode: Beginn:

Ende :

Wievielte Rückfallepisode:

3. Dauer der Rückfallepisode:

Anzahl der Tage:

Davon Trinktage:

Davon mit Trinktage mit Symptomen:

4. Symptome (Anzahl) in der Rückfallepisode:

- Filmrisse:

- Hände zittern

- Auslassen von Mahlzeiten

- morgendlicher Suchtbeginn

- Trinkdauer länger als 12 h

- Kontrollverlust

Höchste Anzahl von Symptomen an einem Trinktag:

5. durchschnittliche Trinkmenge in g

6. höchste Trinkmenge in g

7. Anzahl Konsequenzen in der Rückfallepisode:

- gesundheitliche Konsequenzen (Suizid, Krisenintervention, vom Arzt angeraten worden, mit dem Trinken aufzuhören):
- Konsequenz Aggression (Rauferei, Eifersuchtswahn):
- Konsequenz Arbeitsvernachlässigung (Blaumachen von Arbeit):
- Konsequenz Gesetzesverwicklung (Fahren im angetrunkenen Zustand, Diebstahl, etc.)
- "soziale Konsequenz", d.h. Entmündigung, Scheidung wegen Alkoholismus; Absinken ins Stadtstreicherilieu

Für jede Rückfallepisode wurde obiger Bogen ausgefüllt. Zwischen 2 Rückfallepisoden war ein Patient 7 Tage trocken.

8. INANSPRUCHNAHME (Monatsweise)

a) Kriseninterventionen (bis zu 3 Tage dauernde Aufenthalte in einem Krankenhaus, suchtbedingt); Anzahl:

b) Entzüge; Anzahl, Dauer, in welchen Kliniken; Abbruch des Entzuges? Warum Abbruch, wegen Rückfall oder wegen unerlaubten Entfernens von der Therapie?

c) Entwöhnungen: Dauer; Abbruch? Warum Abbruch?

d) Aufenthalt in Krankenhaus wegen Alkoholfolgekrankheit, Leberzirrhose, Pankreatitis, etc.; Zeitdauer?

d) Sonstiger Krankenhausaufenthalt; Dauer; Entzugerscheinungen

e) Inanspruchnahme:

- Psychotherapie: Stunden pro Monat
- Patientengruppe: Stunden pro Monat
- stationäre Kontaktgruppe: Stunden pro Monat
- sonstige Selbsthilfegruppe wie Anonyme Alkoholiker, Blaukreuz, etc.: Stunden pro Monat

7. LEBENSLAUF

- 1957: Am 10.1. wurde ich als Sohn meiner Eltern Erwin Brucker, geb. am 7.2.34, und Anna Brucker, geb. am 19.4.34, in Tirschenreuth geboren. Ich bin röm.-kath.
- 1963 - 67: Besuch der Knabenvolksschule in Tirschenreuth
- 1967 - 76: Besuch des Stiftland - Gymnasiums in Tirschenreuth mit Erlangung der Allgemeinen Hochschulreife
- 1977: Arbeit für ein Jahr in der Pflege im Tirschenreuther Kreiskrankenhaus
- 1978: Beginn des Studiums der Humanmedizin im Klinikum r.d. Isar
- 1980 - 86: Nach einjähriger Unterbrechung mit Arbeit im Klinikum r.d. Isar. Fortsetzung des Studiums an der Ludwig-Maximilians-Universität im 4. Semester. Approbation am 23.5.1986;
- 1986 - 87: Assistenzarzt auf der Anästhesieabteilung im Kreiskrankenhaus Tirschenreuth;

Am 1. Oktober 1987 wechselte ich als Assistenzarzt ins Bezirkskrankenhaus Mainkofen (Psychiatrie).

Seit dem 29.5.1987 bin ich mit Frau Dr. Brucker, geb. Schroller, verheiratet.

